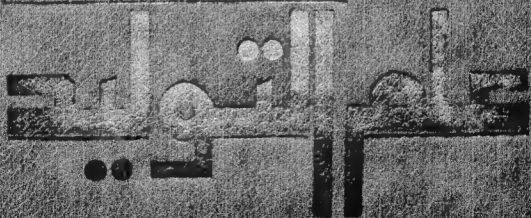


فرماندهای





دار المسير
للطباعة والنشر

В. И. Бодяжина

АКУШЕРСТВО

часть 2

**Издательство «Медицина»
Москва**

فيرا بودياجينا

علم التوليد

الجزء الثاني

دار «مير» للطباعة والنشر
الاتحاد السوفيتي موسكو

الى القراء الاعزاء

يسر دار « مير » للطباعة والنشر ان تكتبوا اليها عن رأيكم في هذا الكتاب ،
حول مضمونه وترجمته ، اسلوبه وشكل عرضه ، وتكون شاكرة لكم لو ابدىتم لها
ملاحظاتكم والطباعاتكم . كذلك يسر دار « مير » ان تملوها بما ترغبون في إقرائه
من مؤلفات الكتاب السوفيت باللغة العربية .

هواننا :

الاتحاد السوفييتى - موسكو

بيرفى ويجمكى بيربولوك ، رقم ٢

на арабском языке

© Издательство «Медицина», Москва, 1980

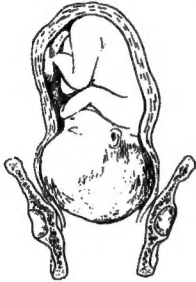
© حقوق الترجمة الى اللغة العربية محفوظة لدار « مير »

١٩٨٤

الباب الاول

النمو الشاذ وأمراض الجنين الرسمى والأغشية والمشيمة

لم تدرس بعد أسباب التطور اللطبيعى للجنين ، والمشيمة وأغشية الجنين بصورة كاملة .
و يمكن القول بناء على المعلومات العلمية المتوفرة ، بأن شذوذ النمو يمكن أن ينشأ بفعل ظروف المحيط غير الملائمة ، التى تؤثر على الجنين النامى . ويمكن ان ينشأ التشوه عن طريق الوراثة او بنتيجة التأثير المضر من قبل العوامل الضارة على الخلايا الجنسية للوالدين .



شكل ١ . استسقاء دماغى (hydrocephalia)

ويمكن ان يحدث ، عند الأمراض المعدية وتسممات جسم الأم ، والأمراض المصحوبة بنقص الأوكسجين ، وتسمم الجسم ، وارتفاع حرارة الجسم ، وتحت تأثير أشعة رونتجين والراڊيوم ، والمستحضرات الكيماوية الضارة ، اختلال فى تطور الجنين .

وقد تحدث اختلالات مماثلة فى نمو الجنين ، تحت تأثير الكحول ، النيكوتين ، ومن استعمال (بدون داع) كميات كبيرة جدا من بعض الأدوية المستحضرة (مثلا المخدرات) ، ونتيجة لتأثير الميكروبات الممرضة والفيروسات فى المراحل المبكرة من التطور .

ان الاجنة تكون حساسة تجاه التأثيرات السيئة على الأخص فى المراحل المبكرة من نموها (فى الأشهر الاولى من الحمل) .

وكثيرا ما تنتشر التشوهات الى عدد من الأعضاء وتكون الى درجة من الشدة ، بحيث لا تتناسب مع الحياة : فيموت الجنين أثناء الحياة الرحمية او سرعان ما يموت بعد الولادة . فهناك شذوذ عضو واحد او جزء من الجسم ، وإن شذوذ بعض الأعضاء (الشفتين ، الأصابع ، الأعضاء التناسلية وغيرها) لا يعرقل نمو الطفل المولود بشكل عام .

تشوهات الجنين ، الحمل الجريز ، موت الجنين داخل الرحم

الاستسقاء الدماغى - هو الحين الرأسى (شكل ١) . وينشأ الاستسقاء الدماغى نتيجة لتجمع كميات هائلة من السوائل فى بطينات الدماغ . وان كمية السوائل تكون مختلفة ، فهى تصل أحيانا ٢ - ٣ لترات . وقلما يوجد استسقاء دماغى واضح .

فتحت تأثير السوائل المتجمعة يكبر الرأس ، وتتباعد الدروز (واسعة جدا) ، وتكبر اليوافيخ ، وتكون عظام الجمجمة رقيقة وناعمة ، ويتعرض المخ الى الضمور من جراء ضغط السوائل . فعند حين الرأس ينشأ أثناء الولادة عدم توافق بين أبعاد الرأس وأبعاد حوض الأم ، فيحصر الرأس المفرط فى الحجم فى مدخل الحوض ، وتتوسع الفلقة السفلية للرحم ، وينشأ خطر تمزق الرحم .

ويوضع التشخيص للحين الرأسى على أساس المعلومات المستقاة من الفحص الخارجى والفحص المهبلى . وما يستعزى الانتباه أثناء الفحص الخارجى هو الحجم الضخم للرأس ، الذى لا يستطيع الولوج فى الحوض . وتتحدد لدى الفحص المهبلى أثناء الولادة دروز خارقة للعادة فى العرض ويوافيخ كبيرة ، وعظام رقيقة ، رخوة .

ويجرى ، بعد التأكد من التشخيص عند افتتاح المزرد بدرجة كافية ، ثقب الرأس بمثقب أو بآبرة طويلة وأخراج السائل . فبعد مرور السائل يقلص حجم الرأس ، وتنتهى الولادة تلقائيا . فاذا اقتضت الحاجة للمجمل بالولادة (ضعف قوى الولادة ، ارتفاع الحرارة الخ) ، يتم اخراج الجنين عن طريق استعمال المشداخ .

انعدام الدماغ . لا توجد لدى الجنين قبة الجمجمة وجزء كبير من الدماغ ، وان القسم الوجهى من الدماغ نام بدرجة كافية ، وان الرأس الصغير يعثم بصورة مباشرة على حزام الكتف ، والعينان بارزتان (رأس الضفدع) (شكل ٢) . ويولد عديمو الرؤوس ميتين أو سرحان ما يموتون بعد الولادة . وتجرى الولادة بدون صعوبة .

الفتق الدماغى - بروز المخ فى منطقة اليافوخ الكبير ، والقذال والقصبية الأنفية . تجرى الولادة دون صعوبة . وقد يولد الجنين حيا ، لكنه يموت عادة فى فترة المواليد الحديثة .
شرم الشفة والفك العلوى والحنق - انغلاق الشفة العليا ، الفك العلوى والحنق الصلب . فتجوف الفك والأنف متصلان فيما بينهما ، ولهذا يسيل الحليب ، عند المص من الأنف . فينبغى وضع الطفل عند الرضاعة بصورة عمودية ، مما يساعد على وقوع الحليب فى المرىء .

الشفة الأرنبية - شرم الشفة العليا : ان هذا الشذوذ لا يعرقل عملية المص والنمو الصحيح للطفل .
ان شرم الشفة والفك العلوى والحنك والشفة الارنبية يمكن ازالتها عن طريق العمليات
التقويمية . ويتم القيام بهذه العملية بعد عدة أشهر من الولادة أو حتى فى وقت لاحق (فى
السنين الاول من الحياة) .

وان بعض المؤسسات تقوم باجراء العملية التقويمية عند الشفة الارنبية فى مرحلة الولادة
الحديثة .

انفلاق العمود الفقرى (spina bifida) . يمكن ان يكون انفلاق العمود الفقرى فى أى
موضع منه ، وفى الأغلب فى المنطقة القطنية . فيمكن ان يبرز ، من فتحة فى القناة الشوكية ،
النخاع الشوكى المغطى بالاغشية المخية وجلد رقيق . وهذا
التشوه فى نمو الجنين لا يعرقل عادة سير الولادة .



شكل ٢ . عدم المغا

الفتق السرى . يمكن ان يكون حجم الفتق السرى
مختلفا . فليكن ان ينتقل الى كيس الفتق عند وجود ثقب
كبير للفتق (خلل جدار البطن) جزء كبير من الأمعاء
وحصى الكبد ، والثرث . ان فتق السرة لا تعرقل عادة ،
حتى الكبيرة منها ، الولادة . ويتم ازالة الفتق غير الكبيرة
عن طريق العملية الجراحية ، ويموت الأطفال فى أحيان
ليست نادرة عندما تكون الفتوق كبيرة .

رقق الشرج . ويهدد الرقق حياة الطفل بالخطر . ويتطلب الأمر فى هذا الشذوذ تقديم
العون الجراحى الفورى . ويتم الكشف عن هذا التشوه عن طريق الفحص الدقيق للطفل فى
غرفة التوليد والمراقبة المحكمة لوظيفة أمعاء الطفل الوليد فى اليوم الأول من الحياة .

تعدد الأصابع - أكثر من العدد المعتاد للأصابع على الكفين والقدمين .

وتكون الأصابع الإضافية أحيانا نامية بصورة مبيتة .

التصاق التوأمين . يمكن ان يحدث الالتصاق ، وبالأصح علم انفلاق التوائم بصورة
تامة ، لدى التوأمين وحيدى الأمنين والبيضة . والتصاق الأجنة يمكن ان يكون فى منطقة الرأس ،
القفص الصدرى ، البطن (شكل ٣) ، واللايتين : تحدث نتيجة لعدم انفلاق الأصل الجنينى
بصورة تامة تشوهات ، تمتاز بازدواج الأقسام المختلفة من الجسم (رأسان بجذع مشترك ،

جلدان برأس واحد الخ) . وتنشأ عند ولادة توأمين ملتصحين صعوبات لانقهر عادة ، تتطلب تقديم المعونة الجراحية .

ويمكن للولادة أن تتم بصورة تلقائية في بعض أنواع الالتحام (الرؤوس ، الاليات) . وهناك تشوهات نمو العيون (مثلا اتصال العينين) ، الأذنين ، الأطراف (انعدام الأطراف - phocomelia) ، التحام الاطراف السفلية) ، الاعضاء التناسلية ، جهاز القلب والأوعية الدموية والأعضاء الأخرى .

الجنين العملاق . الجنين الذى يزن عند الولادة أكثر من ٥٠٠٠ غرام يعد عملاقا . وتولد أجنة من هذا القبيل عندما يتخطى الحمل المدة الطبيعية له ، وأحيانا عند الولادة فى الوقت المحدد الطبيعى . ومما يساعد على نمو الجنين الضخم او الجنين العملاق ، هو مرض السكرى ، وطلعية السكرى والاختلالات الأخرى . والولادة ، عندما يكن الجنين عملاقا ، تكون طويلة ، وكثيرا ما يلاحظ اختناق الجنين داخل الرحم واصابات أثناء الولادة .



ومما يعرقل الولادة ليس الرأس فقط ، بل من الممكن كذلك الحزام الكففى وجلد الجنين .

الجنين الجريز (تخطى مدة الحمل الطبيعية) . يعتبر الحمل قد تخطى مدته الطبيعية اذا طالت هذه المدة أكثر من ١٤ يوما . ويكون الجنين ، الذى تخطى المدة الطبيعية للحمل ، ضخما عادة ، وعظام الجمجمة قاسية ، وان قدرة الرأس على التناسق منخفضة .

شكل ٣ . توأمين ملتصقان

وتعلم فى الجنين الذى تخطى مدة الحمل ، الصبغة الجينية الشكل ، ويمكن ان تكون على الجلد أعراض

الاهتراء . وينبغى الإشارة الى ان وزن الجنين ، الذى تخطى مدة الحمل ، يمكن ان يكون طبيعيا .

وتنشأ فى المشيمة عندما يتخطى الحمل مدته الطبيعية تغيرات ارتدادية ، تؤدى الى رداء الظروف التى يتم فيها اىصال الكمية الضرورية من الأوكسجين الى الجنين . وكثيرا ما يموت الجنين الذى تخطى مدة الحمل الطبيعية من الاختناق قبل بدء النشاط الولادى أو أثناء الولادة •

وغالبا ما تظهر أثناء الولادة اختلاطات غير ملائمة للأم والجنين . وغالبا ما تلاحظ عند الولادة اصابات أثناء الولادة . ومن الضروري توجيه الحوامل اللواتى تخطين مدة الحمل الطبيعية الى دار التوليد ، حيث تتخذ الاجراءات اللازمة هناك لتحفيز النشاط الولادى .

مرض تحلل دم الجنين والوليد

ان مولد المضاد ، الذى يحمل اسم العامل الريسى ، موجود فى دم معظم الناس (٨٥ ٪) ، وان ١٥ ٪ من الناس تقريبا يعتبر دمهم سلبى العامل الريسى .
فاذا ما تلقحت امرأة يحمل دمها العامل الريسى السلبى ، من رجل دمه ايجابى العامل الريسى ، فان الجنين يرث فى معظم الحالات من أبيه صفات الدم ايجابى العامل الريسى .
فى حالات كهذه يتنقل العامل الريسى ، من دم الجنين الى دم الام عن طريق المشيمة . فاجابة على ذلك كثيرا ما تتكون فى دم الأم ، أجسام ريصية مضادة ، تنقل عبر المشيمة الى دم الجنين مسببة تحلل الكريات الحمراء ونشوء مرض تحلل الدم . ان نشوء الأجسام المضادة لدى النساء ذوات الدم سلبى العامل الريسى ، عند الحمل الاول ، يكون بصورة أندر ، من الحمل المكرر ، ومما يساعد على تكون الأجسام المضادة هو نقل الدم والاجهاضات فى السابق .

فعند ظهور الأجسام المضادة الريسية فى دم الأم ، ينشأ مرض تحلل دم الجنين ، الذى أهم أعراضه هى : اليرقان ، فقر الدم وأوديما الأنسجة . ويمكن ان يكون ، فى الانواع غير الشديدة من المرض ، فقر دم ويرقان خفيف فقط (او أحد هذين المرضين) ، وعندما يسير المرض بصورة شديدة فان جميع الأعراض تكون واضحة ، وبضمنها أوديما الأنسجة . وعند اشتداد المرض يلاحظ بالاضافة الى فقر الدم ، تضخم الكبد والطحال ، واصفرار النوى الموجودة تحت قشرة المخ ، وأوديما المخ ، واستسقاء البطن ، واستسقاء الصدر .

وغالبا ما يموت الجنين ، عندما يكون المرض شديد الوضوح ، داخل الرحم أو يولد فى حالة شديدة الوطأة . وفى الحالات خفيفة الوطأة من المرض فان أعراضه تكون معتدلة الوضوح ، غير ان عدم معالجة الوليد يمكن أن يؤدى الى موته ، وذلك لاستمرار تحلل الكريات الحمراء ، وفقر الدم واليرقان :

يتألف علاج مرض تحلل دم الولدان من تبديل الدم ، وحسب البواعى يجرى حقن

المصل ، والنيوكوميسنان ، وتعطى للتناول الفيتامينات ، وعند الضرورة يستعمل البريدنيزولون والأدوية الأخرى .

ولغرض الوقاية من مرض تحلل دم الجنين عند الحمل اللاحق ، تحقن المرأة بعد الولادة الأولى خصيصا بجاما جلوبولين . ويتم التحقق ، عند كل امرأة أثناء الحمل ، من وجود العامل الريصي . وتخفض النساء ذوات العامل الريصي السلي إلى المراقبة والعلاج في دار متخصصة للتوليد .

وتتشكل الأمراض المعدية لدى الأم ، خطرا على الجنين ، نتيجة لاحتمال تغلغل الميكروبات والفيروسات عن طريق المشيمة . حيث تحدث هنا إصابة الجنين ، التي قد تخل بنموه أو تسبب موته .

موت الجنين داخل الرحم . يمكن ان يحل موت الجنين في فترة الحياة الرحمية ، لأسباب مختلفة ، تخل بظروف نموه : الأمراض المعدية للحامل (التيفويد ، الدزنتريا ، الانفلونزا والأمراض الفيروسية الأخرى ، داء المقوسات ، النيورليز ، الزهري ، الملاريا الخ) ، أمراض القلب والأوعية الدموية الشديدة (مرض ضغط الدم المرتفع ، نقص القلب غير المعوض) ، الأنواع الشديدة من تسمم الحمل (اعتلال الكلية ، طليعة التشنج الحمل ، والتشنج الحمل) وأمراض الكلى . ومن المحتمل ان يموت الجنين عند تسمم جسم الأم (الزئبق ، الرصاص ، أوكسيد الكاربون وغيره) ، وعند شلوك النمو ، غير المتجانس مع الحياة ، ووجود عقدة حقيقية في الحبل السري ، وانفصال المشيمة . ان السبب في موت الجنين داخل الرحم والأمراض الشديدة للولدان ، يمكن ان يكون عدم التجانس بين دم الأم ودم الجنين بالنسبة للعامل الريصي .

ويتم ، لدى جميع النساء اللواتي كانت لديهن اجهاضات تلقائية متكررة وولادات قبل الأوان ، وولادات ميتة لأسباب مجهولة ، تحليل الدم للكشف عن العامل الريصي ، واجراء الفاضل الذي يساعد على اكتشاف مرض الزهري ، وداء المقوسات ، نيورليز وغيرها من الأمراض المعدية .

ان معرفة موت الجنين داخل الرحم تتم بالاستناد الى الأعراض التالية :

- ١ - اختفاء ضربات قلب الجنين وحركاته .
- ٢ - توقف نمو الرحم . فإذا ما تأخرت ولادة الجنين الميت تم امتصاص المياه المحيطة به تلقائيا ، وانخفاض حجم الرحم وتصلبه .

٣- زوال انضفاخ الثديين ، والاحساس بثقل فى البطن ، وتوسعك ، والشعور بالتعب . ولا تتعرض الحالة الصحية العامة لبعض النساء الى الخلل .

٤- ان مما يدل على موت الجنين هو هبوط كمية الايسترايول فى البول بشدة وانعدام النشاط الكهربائى الحيوى للقلب فى التخطيط الكهربائى لقلب الجنين .

وسرعان ما يطرد الجنين الميت من باطن الرحم او يبقى لمدة طويلة نوعا ما هناك . وقد تتأخر ولادة الجنين الميت أحيانا حتى انتهاء المدة الطبيعية للحمل . ويتعرض الجنين الميت فى الرحم الى تغيرات مختلفة .

تحلل أنسجة الجنين الميت : وهو غالبا ما يحصل ويكون عبارة عن نخر رطب لأنسجة الجنين دون تعفن ، فتتشرب الأنسجة بالسائل المحيط بالجنين وبمصل الدم . فتتكون فى البداية على الجلد حويصلات ، ثم ينقشط الجلد على شكل مزق . ويترهل الجنين فيما بعد ، وتصبح عظام الجمجمة متحركة ، وتكتسب الأنسجة لونا مصفرا .

التنكز الموميائى * - هو نخر جاف للجنين ويلاحظ بدرجة أندر بكثير من تحلل الأنسجة . يلاحظ التنكز الموميائى عند موت أحد التوأمين ، قلما يلاحظ بسبب إلتفاف الحبل السرى . فيتم امتصاص المياه المحيطة بالجنين ، ويتجدد جذع الجنين الميت أو ينضغظ كما لو أنه يجف ، ويتكون « جنين بردى (من الورق) » .

وفى حالات نادرة جدا يجرى تحجر (petrificatio) الجنين الميت . ويتوقف التحجر على تراكم أملاح الجير فى أنسجة الجنين الميت .

وتعتبر الوقاية من موت الجنين داخل الرحم أهم واجب للأطباء والقابلات .

وتتلخص الوقاية من موت الجنين الرحمى قبل الولادة فى الاتباع الصارم لقواعد صحة الحمل ، ونظام التغذية ، والمحافظة على المرأة من الأمراض المعدية والأمراض الأخرى . ولاكتشاف النساء المصابات بالتسمم الحمل ، وأمراض القلب والأوعية الدموية والاعضاء الأخرى ومعالجتهن فى المستشفى فى حينه ، أهمية كبيرة .

ان الوقاية أثناء الولادة ، عبارة عن المراقبة الدقيقة للمخاض والحالة الصحية للجنين ، واكتشاف الاختلالات وتقديم المساعدة الصحيحة فى حينه . وللوقاية من اختناق الجنين الرحمى ، أهمية كبيرة .

* من كلمة مبياء .

شنوذ الحبل السرى

يبلغ طول الحبل السرى حوالى ٥٠ سم ، غير أنه يلاحظ انحراف عن هذا المعدل الوسطى باتجاه زيادة الطول او نقصانه .

فعند وجود حبل سرى طويل فان الولادة يمكن ان تتم دون اختلاطات . الا أنه كثيرا ما يلاحظ التفاف الحبل السرى الطويل حول العنق ، الجذع أو أطراف الجنين (شكل ٤) . ويمكن أن يحدث فى حالات كهذه توتر الحبل السرى ، فى دور طرد الجنين ، الذى يؤدى الى ضيق فناء أوعية الحبل السرى واختناق الجنين . وان الطول المفرط للحبل السرى يساعد على سقوطه أثناء خروج المياه المخيطة بالجنين عندما يكون الرأس متحركا .

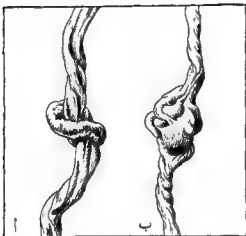
ان حلقة الحبل السرى الساقطة فى المهبل تنضغط فى النهاية بواسطة الجزء المتقدم من الجنين ، فاذا لم تقدم المساعدة ، مات الجنين مختنقا .

ان قصر الحبل السرى يكون تاما ونسبيا . فالقصير بصورة مطلقة هو الحبل السرى الذى يكون طوله أقل من ٤٠ سم . والقصير نسبيا يعد ذلك الحبل السرى الذى يكون طوله عاديا ، والذى صار قصيرا لالتفافه حول عنق او جذع الجنين . ان القصر المفرط للحبل السرى يعرقل حركات الجنين ويمكن ان يكون سببا لنشوء وضعيات غير صحيحة للجنين . فيتوتر الحبل السرى القصير ، فى دور الطرد ، مما قد يبطئ تقدم الجنين فى قناة الولادة أو أن يحدث انفصال المشيمة عن جدار الرحم .

ان العقد الحقيقية للحبل السرى (شكل ٥ ، أ) لا تلاحظ بكثرة : فهى تتكون فى المراحل المبكرة من الحمل ، حينما يمر الجنين غير كبير الحجم عبر حلقة الحبل السرى . واذا كانت العقدة غير محكمة بشدة ، فان الجنين يولد حيا . وقد تشدد أثناء الحمل أو الولادة العقدة ، حينئذ يموت الجنين مختنقا .

والعقد الكاذبة للحبل السرى (شكل ٥ ، ب) هى عبارة عن نتوءات محدودة فى القناة السرية ، تتكون نتيجة لتوسع جزء من الوريد السرى أو من تجمع هلام وارزون . وليس لهذه العقد الكاذبة تأثير مرضى .

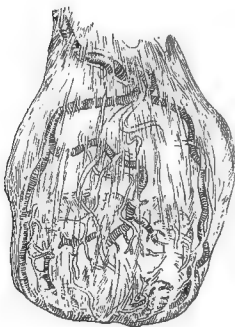
ان تثبت الحبل السرى الى المشيمة فى الأغلب يكون مركزيا او جانبيا . ونادرا ما يكون تثبت الحبل السرى من الطرف (شكل ٦) . وثبت الحبل السرى أحيانا الى الأغشية على مسافة من طرف المشيمة — تثبت غشائى للحبل السرى (شكل ٧) . وفى هذا النوع من التثبيت



شكل ٥ . عقد الحبل السري
١ - عقدة حقيقية ، ب - عقدة كاذبة



شكل ٤ . إنتفاخ الحبل السري حول رقبة وأطراف
الجنين



شكل ٧ . التثبيت الفشائي للحبل السري



شكل ٦ . تثبيت الحبل السري من الطرف

فان أوعية الحبل السرى تسير نحو المشيمة بين الغشائين المائى والرغيبى . فاذا كان هذا الجزء من الأغشية قائما فى القلعة السفلى من الرحم ، فانه يمكن ان يتمزق أثناء الولادة ، مما يؤدى الى نزيف دموى من الأوعية الخارجة للحبل السرى ، يكون خطرا على الجنين داخل الرحم .

داء أغشية بيضة الجنين

الرحى الحويصلية (mola hydatidosa)

يسمى بالرحى الحويصلية ، مرض بيضة الجنين ، الذى يمتاز بتحول زغب الخوريون الى حويصلات مملوءة بسائل صاف . وتقوم الحويصلات على سيقان تشبه الحبال ، يتراوح حجمها بين الحبة البسيطة والكرزة . وتذكر كتل الحويصلات بمظهرها عناقيد العنب . ويتم ، عند تحول الخوريون الى حويصلات ، إزدياد نمو الظهارة الطلائية للزغب (مخلاة ، الطبقة الرفدية الخلوية) وأوديا قوامه . تدخل الحويصلات الغشاء الساقط وتنمو فيه فيصبح الغشاء رقيقا ، وكثيرا ما ينشأ حول الحويصلات نزف دموى من الأوعية الممزقة للغشاء الساقط .



وتنبت الحويصلات أحيانا فى الغشاء الساقط وتخترق عضلات الرحم ، فتهدم جدران الرحم وتنفذ الى جوف البطن . ولما نجد هذا النوع التخريبي (الهدام) من الرعى الحويصلية (شكل ٨) .

وتوجد الرعى الحويصلية الكاملة والجزئية . فتمتاز شكل ٨. الرعى الحويصلية (النوع الهدام)

الرحى الحويصلية الكاملة بتحول جميع زغب الخوريون . ويلاحظ هذا النوع من الرعى الحويصلية ، عند مرض الخوريون فى الأشهر الاولى من الحمل ، حينما تكون المشيمة غير كاملة التكوين . وتتكون الرعى الحويصلية الجزئية فى المراحل المتأخرة من الحمل ، وتمتاز بأن جزءا كبيرا او صغيرا من زغب المشيمة يتعرض للتحول الى حويصلات . ودائما يموت الجنين عند الرعى الحويصلية الكاملة ، يفتت ويمتص . وغالبا ما يموت الجنين عند الإصابة بالرحى الحويصلية الجزئية ايضا ، وان نمو الجنين من الممكن فقط عند تحول جزء غير كبير من المشيمة ، غير ان حالات كهذه تكون نادرة .

وتستمر الرحي الحويصلية ، بعد موت الجنين ، بالنمو ، وينمو الرحم بسرعة . وقلما تتكون في المبيضين الحويصلات الناشئة من الاجسام الصفراء ، وان هذه الحويصلات أو الاكياس تعود عادة ، بعد استئصال الرحي الحويصلية ، الى أصلها . وتمتاز الصورة المرضية للرحى الحويصلية بالأعراض الرئيسية التالية :

١ . عدم وجود تجانس بين مدة الحمل وحجم الرحم ، فابعاد الرحم اكبر بكثير ، مما هو عليه عند الحمل الطبيعي للمدة الموافقة (عند وجود مدة ٣ أشهر يطابق حجم الرحم ٤ - ٥ أشهر من الحمل النخ) . وان قوام الرحم يكون شديد المطاطية ٥
٢ . انعدام الأعراض الحقيقية للحمل : فلا تُحس أجزاء الجنين ، ولا تتحدد ضربات قلب الجنين وحركاته .

٣ . ان أهم عرض للرحى الحويصلية يعتبر التزيف النحوى من الرحم . فيبدأ التزيف الدموى منذ الأشهر الأولى للحمل ويستمر ، مرة خفيفا وأخرى بشدة ، حتى ولادة الرحي . فالدم سائل ، غامق اللون ، تخرج معه أحيانا حويصلات الرحي . ويكون التزيف عادة غير شديد ، فهو يشد ، كتقاعدة ، أثناء ولادة الرحي الحويصلية :

٤ . غالبا ما يختلط سير الرحي الحويصلية بنشوء التهمم الحمل (التقيؤ ، الاستسقاء ، اعتلال الكلية) . وبناء على طول مدة التزف يتكون فقر الدم .

ويمكن أن تولد الرحي الحويصلية تلقائيا . فى الشهر ٥ - ٦ من الحمل ، وأحيانا تتأخر ولادة الرحي حتى الشهر العاشر من الحمل وحتى أكثر . وتنفصل الرحي المولودة عن جدران الرحم وتطرد الى الخارج بفعل تقلصات الرحم . وينشأ ، عند النوع الهدام من الرحي الحويصلية نزيف دموى خطر على الحياة . وتأتى خطورة الرحي الحويصلية من أنه ، ينشأ بعدها أحيانا ورم خبيث - إبثليومة . وينمو الورم الظهارى المشيمى بسرعة . وينبث فى الاعضلة البعيدة . ويستند تشخيص الرحي الحويصلية الى الأعراض السريرية الرئيسية المذكورة أعلاه .

ويمكن ان يصلح اختبار « اشهايم - سونلك » كطريقة اضافية لتشخيص . فتتكون فى جسم المرأة عند الرحي الحويصلية كمية كبيرة من هورمون الجنودوتروبين (قشط مشى) . ولهذا فان اختبار « اشهايم - سونلك » يكون موجبا حتى اذا ما لقحت القثران بالبول المخفف للمرأة . وترسل المرأة عند اكتشاف الرحي الحويصلية ، وحتى فى حالة الشك بوجود هذا المرض ، الى المستشفى ، حيث يكون هنالك الطبيب الاختصاصى :

وعند انعدام نزف دموى شديد يتبع العلاج الذى يساعد على طرد الرحي من الرحم .

ولغرض الاسراع بفصل وطرد الرحي الحويصلية يحقن الاوكسيتوتسين ، البيتوترين والأدوية الاخرى ، التى ترفع من النشاط التقلصى للرحم . ويتم ازالة الرحي الحويصلية ، عند وجود نزف دموي شديد ومزرد مفتوح بدرجة كافية ، بالأصابع (واحد او اثنين) المولجة فى باطن الرحم . وتقتضى الحاجة ، عندما يكون النزف قويا والمزرد مغلقا ، توسيع قناة العنق بالموسعات المعدنية وإزالة الرحي الحويصلية بعد ذلك بحلر بالأصبع أو بالمجرف الماص .

ان كشط الرحم عند الرحي الحويصلية خطر ، لأنه من المحتمل انثقاب الجدار الرقيق للرحم . وعند وجود نزف دموي شديد وتعلو ادخال الاصبع فى باطن الرحم عندئذ فقط تقتضى الحاجة ازالة الرحي الحويصلية بمسحل أسخى بحلر . وبعد ولادة الرحي الحويصلية ، وعندما يقلص الرحم ويقل خطر الانثقاب ، يجرى القيام بكشط الرحم للتحقق وإزالة الاجزاء المتبقية من الرحي الحويصلية . وتجرى بعد ازالة الرحي الحويصلية بصورة منتظمة مراقبة المرأة لمدة ١ - ١,٥ سنة ، لكى لا يفلت تكون الورم الظهارى المشيمى .

الورم الظهارى المشيمى

الورم الظهارى المشيمى هو عبارة عن ورم خبيث سريع السريان ، ينشأ من خلايا المشيمة . ولورم الظهارى المشيمى المرمى شكل العقد ذات اللون الأزرق - القرمزى او نمو منتشر فى جدار الرحم .

ويتكون الورم على الأوعية ولهذا فان جزيئات الورم تنتقل عن طريق الدم الى الاعضاء المختلفة . ينتقل الورم الظهارى المشيمى الى الرئتين ، المهبل ، والمخ ، إلى الكبد ، والأمعاء والاعضاء الأخرى .

والصفة المميزة فى الورم الظهارى المشيمى هى سرعة انتقاله .

وتمتاز الصورة السريرية بوجود افرازات دموية (او دموية - قيحية) لا دورية ، تظهر بعد تفريغ الرحم مباشرة أو فيما بعد . كما يكبر حجم الرحم ويصبح شكله متشعبا . ويتكون فيما بعد فقر الدم ، وترتفع الحرارة ، ويظهر السعال ونفث الدم (انبثاث فى الرئتين) والاختلالات الأخرى ، المرتبطة بالانتقال الى هذا العضو او ذاك . ولانبثاث الورم فى المهبل شكل عقدة ذات لون ازرق - ارجوانى .

ولتشخيص الورم الظهارى المشيمى فى حينه ، يجب القيام بتفاعل « اشهايم — سونك » بصورة منتظمة . فعند وجود ورم ظهارى مشيمى يصبح تفاعل « اشهايم — سونك » والتفاعل المناعى موجبا .

الاستسقاء

يمتاز الاستسقاء (hydramnion) بتراكم فائض للمياه المحيطة بالجنين فى جوف الأمنيون ويؤلف المقدار الطبيعى من المياه المحيطة بالجنين فى أواخر الحمل لترا واحدا (من ١,٥ الى ١,٥ لتر) .
تصل كمية المياه المحيطة بالجنين ، عند الاستسقاء ٣-٥ وأحيانا ١٠-١٢ لترا وحتى أكثر .

ولا تزال أسباب حدوث الاستسقاء غير واضحة تماما ، من المعتقد أن هذا الشذوذ له علاقة باختلال وظيفة الظهارة الامنيونية .

وكثيرا ما يلاحظ الاستسقاء عند التوائم ، وشذوذ نمو الجنين وعند بعض أمراض الأم (مرض السكرى ، والتهاب الكلية) . وكثيرا ما يقترن استسقاء أحد التوأمين ، عند وجود توأمين ، بقلة النخيل لدى الآخر .

ويبدأ الاستسقاء عادة بالتكون فى أوسط الحمل او فى النصف الثانى منه .

فهناك الاستسقاء الحاد والمزمن ، فينشأ الاستسقاء الحاد بسرعة ، اما المزمن فيبطيء .
ويوجد الاستسقاء الحاد بصورة أقل من المزمن .

ويساعد الاستسقاء على نشوء عدد من الاختلاطات للحمل والولادة .

ان تراكم المياه المحيطة بالجنين بصورة مفرطة ، يؤدى الى كبر حجم الرحم بصورة شديدة ، مما يضيق الأعضاء المجاورة ويرفع الحجاب الحاجز الى أعلى . فتظهر لدى الحامل الزلّة ، التوعك ، استسقاء الاطراف السفلى ، الاحساس بالثقل والآلم فى البطن ، وكثيرا ما يلاحظ التسمم الحملى .

ان التحرك الكبير للجنين عند الامتسقاء يساعد على نشوء جيئات بالحوض ، وضعيات مستعرضة ومائلة للجنين .

وينتهى عادة الحمل عند الاستسقاء بالولادة قبل الأوان . وتكون الولادة فى هذه الحالة طويلة ، ينشأ عادة ضعف فى قوى الولادة . وتسقط ، أثناء خروج المياه ، الأجزاء الصغيرة للجنين

بسهولة، خاصة الحبل السرى . وكثيرا ما يحدث نزيف دموى فى دور الخلاص وفى دور النفاس . ويستند تشخيص الاستسقاء على الأعراض التالية . فالرحم كبير جدا ومتوتر ، وقوامه شديد المطاطية . وإن حجم الرحم فى مستوى السرة أكثر من ١٠٠ سم ، يصل الى ١١٠ - ١٢٠ سم وحتى أكثر .

وبالنظر لتجمع المياه بشكل مفرط ، فإن جس أجزاء الجنين يتم بصعوبة ، وتبدو ضربات قلب الجنين خافتة أو غير مسموعة . ويتضح عند الفحص المهبلى أثناء الولادة أن كيس الجنين متوتر بشدة ليس فقط أثناء تقلصات الرحم ، بل وفى الفواصل بينها . ومن الضروري أن ترسل الحامل عند الاستسقاء الى دار التوليد .

ويلجأ ، عند الاستسقاء الحاد، المرفوق باختلال الدورة الدموية والتنفس ، الى الفتح الاصطناعى لكيس الجنين قبل الولادة ، وليس هناك داع للعمليات الجراحية عند الاستسقاء المزمن أثناء الحمل . ويجب أن تكون الولادة تحت إشراف طبيب ، لأنه كثيرا ما تنشأ عند الاستسقاء اختلاطات (ضعف قوى الولادة ، سقوط الحبل السرى ، وضعيات غير صحيحة للجنين ، نزيف دموى وغيرها) .

وينصح ، فى الدور الأول من الولادة ، فتح كيس الجنين عندما يكون المزرد مفتوحا بمقدار ٢-٣ أصابع (ومن الأفضل فتح الكيس لا فى المركز بل من الجانب) وإخراج المياه بصورة بطيئة ، دون إخراج اليد حالا من المهبل (لكى لا يتم سقوط الحبل السرى) . ويجرى القيام ، عند وجود وضعية غير صحيحة للجنين ، بعملية تدوير الجنين على القدم .

قلة النخط

تلاحظ قلة النخط (oligohydramnion) بصورة أقل من الاستسقاء . والسبب فى نشوئها هو انخفاض وظيفة الإفراز فى ظهارة الغشاء المائى (الأمنيون) .

فجوف الرحم عند قلة النخط غير كبير، الجنين النامى ملتصق بشدة بالغشاء المائى ويجدران الرحم . وبناءً على ذلك تظهر عراقل تحول دون نمو الجنين بصورة صحيحة . وكثيرا ما يحدث ، عند قلة النخط الشديد ، اعوجاج العمود الفقرى والأطراف ، الحنف ، التام أجزاء جلد الجنين بالغشاء المائى . وتمتد أحيانا هذه الالتصاقات ، مكونة دقات وخيوط سمبونية يمكن ان تلتف حول الأطراف ، الحبل السرى والأجزاء الأخرى من جسم الجنين .

ان التطويق الطويل واختلال التغذية قد تؤدي الى بتر يلى ، قلمى وأصابع الجنين . وعند انعقاد أوعية الجبل السرى يتم موت الجنين داخل الرحم .
ان الولادة عند قلة النخط طويلة ، وتقلصات الرحم تكون مؤلمة . وللتعجيل بالولادة يقتضى الأمر فتح كيس الجنين دون الانتظار الى حين افتتاح المزدرد التام ؛ ويمتاز السيلان المائى الأمنىونى بأن المياه المحيطة بالجنين تسيل قليلا أثناء الحمل نتيجة لتمزق الأغشية فوق المزدرد الداخلى . وينتهى الحمل فى أحوال كهله عادة بالولادة قبل الأوان . وكثيرا ما يلاحظ عند الأجنة اعوجاج الجذع والأطراف .

تمزق سابق لأوانه لأغشية الجنين

بتمزق كيس الجنين ، فى حالة الولادة الطبيعية ، عندما يكون المزدرد مفتوحا او تقريبا مفتوحا . ويساعد كيس الجنين على استواء العنق وافتتاح المزدرد ، وان تمزق كيس الجنين فى حينه ملائم لسير الولادة فى حالة الجنين داخل الرحم .

تمزق سابق لأوانه وبمكر لأغشية الجنين

يدعى تمزق الأغشية قبل بدء النشاط الولادى بالتمزق السابق لأوانه ، ومن لحظة بدء افتتاح المزدرد وحتى الافتتاح التام (او التام تقريبا) له بالتمزق المبكر .
وكثيرا ما يلاحظ التمزق السابق لأوانه والمبكر للأغشية (خروج المياه السابق لأوانه والمبكر) فى الحالات التى لا يشغل فيها الجزء المتقدم من الجنين مسخل الحوض ، ولا يتكون فيها حزام التماس ، ولا تنفصل فيها المياه الأمامية عن الخلفية . ويلاحظ ذلك عند ضيق الحوض ، والوضعيات العرضية والمائلة للجنين ، وجيئات الجنين بالحوض (لاسيما بالقدم) ، والاستسقاء .

ويمكن ان يحدث خروج المياه السابق لأوانه والمبكر بسبب تيبس عنق الرحم وضعف الأغشية نفسها (انخفاض المطاطية) .

ويعتبر خروج المياه السابق لأوانه والمبكر اختلاطا خطيرا . فيطول عادة دور الافتتاح ، وتكون تقلصات الرحم مؤلمة ، وكثيرا ما ينشأ ضعف قوى الولادة . فاذا ما خرجت المياه ولم يكن هناك حزام التماس بين طرق الولادة والجزء المتقدم من الجنين ، جاز سقوط الاجزاء الصغيرة من الجنين ، خاصة الجبل السرى . فجوف الرحم لفترة طويلة من الزمن يكون متصلا بحرية مع المهبل ، مما يساعد على انتقال العلوى الى الرحم . ولهذا فمن السهولة أن يحدث ،

عند وجود فترة طويلة خالية من المياه ، التهاب بطانة الرحم أثناء الولادة : المرفوق بارتفاع الحرارة ، وازدياد النبض ، وظهور افرازات معتمة من المهبل .
وكثيرا ما يلاحظ عند خروج المياه السابق لأوانه والمبكر اختناق الجنين داخل الرحم .
ان خروج المياه السابق لأوانه والمبكر يعتبر داعيا لارسال المرأة حالا الى دار التوليد .
ويجرى القيام بالاجراءات الوقائية من العدوى واختناق الجنين فى دار التوليد .
فاذا لم تظهر ، بعد خروج المياه ، تقلصات الرحم ، وصفت بعد ٦ - ٨ ساعات الأدوية المحفزة لنشاط الولادة . فعند ضعف التقلصات تتخذ الاجراءات لتقوية النشاط التقلصى للرحم ، وعندما تكون تقلصات الرحم مؤلمة توصف الأدوية المزيله للألم .

التمزق المتأخر لأغشية الجنين

اذا بقى كيس الجنين ، عند الافتتاح الكامل للمزرد ، كاملا وجرى دور الطرد والمياه الامامية لا تزال غير خارجة ، قيل عن التمزق المتأخر للأغشية . وان سبب الاختلاط المذكور هو السمك المفرط للأغشية ، والذي يعرقل تمزقها فى الوقت المناسب ، أو بالعكس مطايطتها المفرطة . ويتوقف أحيانا التمزق المتأخر للأغشية على الكمية القليلة للمياه الامامية ، حينما يكون وضوح كيس الجنين ضعيفا وتكون الأغشية قريبة من الرأس أو حتى تكون ملتصقة به (كيس مستو) .

وتطول الولادة عند التمزق المتأخر للأغشية ، وتكون تقلصات الرحم مؤلمة ، ويلاحظ فى دور الطرد تقدم بطيء للجزء المتقدم من الجنين .

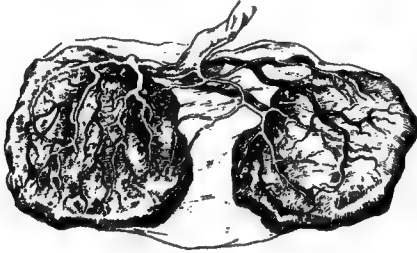
وحالما يتضح ان الأغشية ، عند الافتتاح التام للمزرد ، كاملة يجب تمزيقها اصطناعيا . ويفتح كيس الجنين المتوتر بواسطة الضغط بالسبابة او باصبعين . وعندما تكون الاغشية سميكه بشكل مفرط ، يمكن استعمال ضلع الملقط الرصاصى ، جفت طويل (ملقط الجراح ، forceps) . وإذا كان الجزء المتقدم من الجنين يقع فوق مدخل الحوض ، فان اخراج المياه يكون بصورة بطيئة .

وعندما يبرز من الفرج كيس الجنين يتم تمزيقه بالاصبع ، بعد ذلك سرعان ما يبدأ الرأس بالظهور .

واذا ما ولد الطفل بأغشيته (« ولد فى حله ») ينبغي ازااحتها حالا ، وقيل كل شئ من الوجه ، لتحرير المجارى التنفسية للوليد ، وإلا يحل اختناق الوليد .

شذوذ نمو المشيمة

للمشيمة عادة شكل دائري أو بيضوي . وأحيانا تكون المشيمة مستطيلة الشكل ، شكل الفول ونعل الفرس أو ان تكون مؤلفة من جزئين (placenta bipartiate) (شكل ٩) أو من عدة أجزاء ، مرتبطة فيما بينها بالأوعية . وتكون المشيمة في حالات معينة رقيقة وواسعة بصورة غير طبيعية (placenta membranacea) . وكثيرا ما يلاحظ مشيمة بها فص إضافي أو عدة فصوص إضافية (placenta succenturiata) (شكل ١٠) . وتقع الفصوص الإضافية على بعد معين



شكل ٩ . المشيمة المؤلفة من جزئين

من حافة المشيمة وتكون مرتبطة به بواسطة الأوعية ، التي تسير بين الأغشية . وقد تتأخر الفصوص الإضافية في الرحم وتكون سببا في حدوث النزف الدموي وأمراض النفاس التسممية . ولهذا فعند فحص المشيمة المولودة يجب معرفة ما اذا كانت هنالك أوعية تبرح حافة المشيمة وتقطع على مسافة معينة منها . ان وجود مثل هذه الأوعية يدل على تأخر فص إضافي في الرحم ، مما يستلزم القيام حالا بالفحص البدني لباطن الرحم . ولما تكون المشيمة محاطة بمسناة بيضاء تنبثق منها الأغشية .

ومما يؤثر على شكل المشيمة هو مكان التثبيت وحالة الغشاء المخاطي للرحم . فالتثبيت في زاوية القناة يساعد على تكون مشيمة منفصلة ، وعند التهابات الغشاء المخاطي للرحم وحمله تتكون مشيمة رقيقة وواسعة .

تحدث احتشاءات المشيمة نتيجة لاختلال الدورة الدموية ، الذى يؤدى الى تنكز الحمل ، ويتراكم هنا فيما بعد الفيبرين . وللاحتشاءات منظر البقع المدورة البيضاء بحجم القطعة النقدية المتوسطة . وتقع فى السطح الذى يكون من جهة الجنين ومن جهة الأم . وتصل أحجام الاحتشاءات أحيانا بأبعادا كبيرة وتتخلل كل سمك المشيمة . وكثيرا ما تلاحظ الاحتشاءات الكبيرة عند التهاب الكلية ، والتسمم الحمل . ان الاحتشاءات غير الكبيرة لا تؤثر على نمو الجنين ، اما الاحتشاءات الضخمة التى تشغل جزءا هاما من المشيمة ، فيمكن ان تكون سببا لاختلال نمو الجنين وحتى موته داخل الرحم .

وكثيرا ما تشاهد على سطح المشيمة من جهة الأم للاطفال التميمين رقع نقطية بيضاء لها قوام رصين . وهذه الرقع هى عبارة عن تراكم الكلس فى الحمل المضمحل (تقشر كلسى) . ولا يؤثر التقشر الكلسى على نمو الجنين .



شكل ١٠ . المشيمة مع فصوص إغالية

رسوخ المشيمة

ينبت حمل المشيمة اعتياديا فى الطبقة المرصوفة من الغشاء الساقط ، دون أن يصل الطبقة الاسفنجية من الغشاء المخاطى والعضلى للرحم . ان فصل المشيمة بعد

الولادة يتم بسهولة فى الطبقة الاسفنجية الرخوة . وهناك حالات تكون فيها المشيمة مثبتة بصورة ملازمة او انها تتأصل فى جدار الرحم .

هناك رسوخ كاذب وحقيقى للمشيمة . فعند الرسوخ الكاذب (placenta adherens) ينفذ الحمل الى اعماق الغشاء المخاطى لكنه لا يصل الطبقة العضلية للرحم . وعند الرسوخ الكاذب يكون فى الامكان فصل المشيمة عن جدار الرحم باليد .

ويتأصل الحمل عند الرسوخ الحقيقى للمشيمة (placenta accreta) حتى الطبقة العضلية

وينمو فيها ومن الصعب فصل المشيمة عن جدار الرحم عند الرسوخ الحقيقي له . ويوجد الرسوخ الحقيقي للمشيمة بصورة نادرة جدا .

ويمكن ان يشمل الرسوخ كل سطح المشيمة (الرسوخ الكامل) او جزءا منها فقط (الرسوخ الجزئى) . وما يساعد على رسوخ المشيمة ، هى التغيرات التى تحدث نتيجة لالتهابات سابقة (التهاب جسم الرحم ويطائنه) ، وندبات بعد قشط الرحم والعمليات الجراحية ، والاورام الليفية العضلية، وعدم نمو الرحم بصورة صحيحة (نقص النمو ، الرحم ذو القرنين وغيرها) . وكثيرا ما يلاحظ الرسوخ لدى النساء اللواتى كانت لديهن اجهاضات فى السابق .

ان رسوخ المشيمة اثناء الحمل ، وكذلك فى دور الافتتاح والطرء لا يظهر بأى شىء . ويحدث فى الدور الثالث من الولادة نزيف دهوى ، كثيرا ما يتخذ طابع الخطورة . وما دام سطح المشيمة باكملة متصلا بالرحم فليس هنالك نزيف . ويبدأ النزيف من اللحظة التى يفصل فيها جزء من المشيمة ويبقى قسم منه مغروزا يعوق ولادة المشيمة . ولا يستطيع الرحم ، عند تأخر المشيمة ، التخلص ، وتكون أوعية فسحة المشيمة فى مكان القسم المفصول من المشيمة مفتوحة ، ويستمر النزف منها ، ما دامت المشيمة موجودة فى تجويف الرحم . ويتطلب رسوخ المشيمة التخلل السريع . ويتم عند الرسوخ الكاذب القيام بفصل المشيمة باليد وازاحتها من باطن الرحم اما عند الرسوخ الحقيقي للمشيمة فان فصلها غير ممكن ، ويقضى الأمر اللجوء الى بتر الرحم أو استئصاله .

الباب الثاني

الحمل والولادة عند المصابات بأمراض لا علاقة لها بوظيفة النسل

الأمراض الانتانية الحادة والمزمنة

لا يبق الحمل المرأة من الأمراض الانتانية . فنشوءها لدى الحوامل أمر ممكن ، كما هو ممكن لدى غير الحوامل .

ان معظم الأمراض الانتانية تأخذ شكلا أشد عند الحمل مما هي عليه عند غير الحوامل . وان جميع الأمراض المعدية ، خاصة الحادة ، تشكل خطرا على الجنين داخل الرحم .

وكثيرا ما يجرى موت الجنين وانقطاع الحمل قبل الأوان . وغالبا ما يلاحظ انقطاع الحمل قبل الأوان بصورة خاصة عند الأمراض المعدية الجادة : التيفوس والتيفويد ، الانفلونزا الشديدة ، الزحار الحاد ، التهاب الكبد (مرض بوتكين) وغيرها . ويحدث موت الجنين والولادة قبل الأوان ، بناء على تسمم جسم الأم والجنين وارتفاع حرارة الجسم ، واختلال وظيفة أهم أعضاء الحامل . ويمكن ان يكون السبب في انقطاع الحمل هو انسكاب الدم في المشيمة وتغيرات حثلية فيها ، التي كثيرا ما تحدث عند الأمراض الانتانية . فعند التغيرات المذكورة في المشيمة يكتسب كثير من مسببي الأمراض الانتانية امكانية النفوذ من دم الأم الى الجنين وتسبب تلوثه . يموت الجنين هنا عادة لأن جسمه غير مقاوم للأمراض او أن مقاومته ضعيفة للغاية .

ان الاجهاض الاصطناعي والولادة قبل الأوان يؤديان الى ازدياد حدة الأمراض المعدية . وقد يكون السبب في ذلك فقدان الدم ، اختلال التمثيل ، وأمراض النفاس (بعد الاجهاض) التسممية .

ومن النادر أن نجد في الاتحاد السوفيتي لدى الحوامل الحمى القرمزية ، الخناق ، الحصبة ، والأمراض المعدية الحادة الأخرى .

الانفلونزا . تصيب الانفلونزا الحوامل بصورة أكثر من الأمراض المعدية الأخرى . وكثيرا ما تسبب الانفلونزا الولادة قبل الأوان ، خاصة في الأشهر الأخيرة من الحمل . وكثيرا ما تنشأ ، لدى المصابات بالانفلونزا ، أثناء الولادة الاختلاطات : كضعف قوى الولادة ، وتقلصات

الرحم الموجهة ، والتزف الموى فى دور الخلاص وفى دور النفاس ، وأمراض النفاس ، المرتبطة بالعدوى التسممية . ان الاطفال الولدان يكونون شديدى الحساسية تجاه فيروس الانفلونزا . وسرعان ما تنتشر الانفلونزا عند اتعدام الاجرامات اللازمة للوقاية والعلاج ، بين الاطفال الموجودين فى دار الولادة .

ولتجنب انتشار الانفلونزا ، من الضرورى عزل النساء والاطفال عند ظهور الأعراض الأولى لهذا المرض .

ان حمل الأمومة الواقية وتهوية الردهات هو ضرورة الزامية ، ومن المفضل تعريض الردهات الى أشعة مصباح كوارتز - الزئبقى .

السل . كثيرا ما يؤثر مرض السل بصورة سلبية على سير الحمل . وكثيرا ما تزداد حدة السل أثناء الحمل .

ان الحمل لا يؤثر عادة على المرضى ، المعافين من السل ، وعلى سير الأنواع المعوضة بصورة جيدة من هذا المرض . وتزداد حدة الأنواع النشطة من السل عند الحمل ، خاصة فى أواخر الحمل . ويشتد عند الحمل بسرعة سل الحنجرة .

ان مما يؤثر بصورة سيئة على السل هو دور النفاس والرضاعة . ويمكن أن تحدث عند سير السل بصورة شديدة ، الولادة قبل الأوان . وقلما يلاحظ انتقال عصبية السل من الأم الى الجنين . ان اصابة الطفل الوليد بالسل عند الاختلاط بالأم المصابة تتم بسهولة .

ان جميع الحوامل ، المصابات بالسل ، وكذلك المصابات بهذا المرض سابقا ، يجرى إرسالهن بصورة إلزامية الى طبيب الأمراض النسائية والتوليد والطبيب الاختصاصى بالسل (الى مركز مكافحة السل) . ويقوم اطباء بحد مسألة السماح بالاحتفاظ بالحمل وطرق العلاج . ويقتضى الأمر عند وجود التلوث الرئوى النشط وسل الاعضاء الأخرى ، خاصة عند اصابة الحنجرة قطع الحمل وإيقافه . ويسمح بالاحتفاظ بالحمل عند وجود سل معوض .

توضع المصابات بالسل تحت اشراف ومراقبة مركز مكافحة السل والعيادة الاستشارية للنساء . ويوصف عند الضرورة العلاج الخاص (ستريتيناميسين ، جامض ثنائى امينو ساليستيل ، فتيلازيد وغيرها) . ويجرى التوليد لدى المرضى بالسل ، فى أقسام خاصة ، التى يتم انشاؤها فى أحد دور التوليد فى المدينة . وتفرض على المريضة وطفلها فى هذه المؤسسات مراقبة دقيقة . ولا يسمح ، عند وجود النوع النشط من التلوث الرئوى وطرح جراثيم السل ، بارضاع الطفل .

ويسمح ، عند خمود السل ، برضاعة الطفل ، غير أنه توضع رقابة دائمة على الحالة الصحية للأم المرضع . ويغطى عند ارضاع الطفل ، أنف و فم الأم بالقناع .

ولوقاية الولدان من الاصابة بالسل يجرى تلقيح الاطفال فى الأيام الاولى من الحياة بمزروعات ضعيفة من جرثومات السل . ويزيد التلقيح من مقاومة جسم الولدان للسل .

الملاريا . تؤثر الاصابة بالملاريا بصورة سلبية على الحمل ، ونمو الجنين داخل الرحم ، وسير الولادة ودور النفاس . وتزداد شدة المرض عند الحمل ، والولادة ودور النفاس .

وكثيرا ما تؤدي الملاريا الى الاجهاض والولادة قبل الأوان . وليس نادرا ان يحدث عند الاصابة بالملاريا انسكاب الدم ، وفناء الخمل فى أقسام معينة والتغيرات الأخرى ، التى تدهور ظروف نمو الجنين . ومن الممكن ، عند حدوث تغيرات شديدة فى المشيمة انتقال بلازموسيتات الملاريا من دم الأم الى الجنين واصابة الجنين فى الرحم .

ومن الضروري ، عند الاستفسار من الحوامل ، الكشف عن اصابتهم بمرض الملاريا فى السابق ، وعند ارتفاع حرارة الجسم والاعراض الأخرى ، التى تدل على الملاريا ، فمن الضروري اجراء اختبار خاص للدم لغرض الكشف عن المصاحب .

ويجرى معالجة ، الحوامل والنفاسات المصابات بالملاريا ، بالكينين والاكريخين . ولا يسبب العلاج المضاد للملاريا عادة انقطاع الحمل . ويحل الاجهاض والولادة قبل الأوان نتيجة للاصابة بالملاريا ، وان العلاج بالكينين والاكريخين يساعد على حفظ الحمل .

مرض الزهري . يعتبر الزهري غير المعالج ، اختلاطا شديدا للحمل . فتنتقل العدوى من جسم الأم الى الجنين وتؤثر عليه بصورة مميتة .

وغالبا ما ينتهى الحمل ، عند الاصابة بالزهري غير المعالج أو المعالج بصورة غير كافية بالاجهاض أو الولادة قبل الأوان . ويولد الاطفال مصابين بالزهري أو موتى ، حتى اذا ولدوا فى الوقت المعين . وتتم اصابة الجنين عن طريق انتقال عدوى الزهري بواسطة المشيمة ، التى تتعرض ، عند الاصابة ، الى تغيرات هامة (ضيق الأوعية ، انتفاخ النسيج الرابط ، ازدياد أبعاد المشيمة) . ويكتشف ، لدى الوليد المصاب ، الطفح الخاص بمرض الزهري على الجلد : حويصلات على راحتي الكف والقدم ، ازدياد حجم الكبد ، وأحيانا الحبن .

ان معالجة المرأة قبل الحمل وأثناء الحمل يقلل من خطورة اصابة وموت الجنين . وان المعالجة الصحيحة فى الوقت المناسب تساعد على شفاء الحامل وولادة طفل معافى . ولهذا فان تشخيص الزهري وإرسال المرأة المصابة فوراً الى المعالجة الخاصة له غاية الأهمية .

ومما يساعد على اكتشاف الزهري هو الاستفسار والفحص الدقيق للحامل . فعند الاستفسار
يجرى الكشف عن دلائل تشير الى الزهري عند الحامل نفسها (وجود اصابة بالزهري مشخصة
فى السابق ، اجهاضات تلقائية ، ولادات ميتة) ، عند زوجها واقربائها ، ويجرى القيام ،
لدى جميع النساء فى الاوقات المبكرة من الحمل ، باختبار فاسرمان ويجب علاج الحوامل
المصابات بالزهري (يويكينول ، بنسلين ، نيوسالفارسان وغيرها) . ويتم القيام بـ ٢ - ٣ دورات
من العلاج أثناء الحمل ، ويستمر بعد الولادة علاج الأم والطفل .

السيلان . يمكن ان تبدأ الاصابة بالسيلان قبل أو أثناء الحمل .

ان سيلان الاعضاء التناسلية للمرأة كثيرا ما يؤدي الى العقم . ويكثر على الأنثى العقم
عند الاصابة بسيلان البوق ، الذى تختل نتيجة لذلك قابليته على الترمير . ويمكن ان تسبب
الاصابة السيلانية للغشاء المخاطى للرحم ، العقم المؤقت ، وكثيرا ما ينتهى الحمل الحالى
بالاجهاض . وقد يحل الحمل وينمو بصورة صحيحة بعد خمود اعراض الالتهاب اذا ما
انحصر السيلان فى حدود العنق وفى قناة مجرى البول .

واذا حدثت الاصابة أثناء الحمل ، فانها تنتقل الى قناة مجرى البول ، عنق الرحم ،
وغدد بارثولين . ويمكن ان تنتشر علوى السيلان عند الحوامل الى المهبل والفرج ، حيث تساعد
طراوة ورخاوة انسجنتهما على ذلك . ويظهر لدى الحامل عند التبول قولنج وليكورية غزيرة
حاتة . وتظهر على الأعضاء التناسلية الخارجية وفى المهبل أحيانا زيادات ثلثولية-كونديلومات
حاددة (يمكن ان تظهر الكونديلومات الحادة عند الأمراض الفيروسية أيضا) .

ان علوى السيلان ، التى تحدث أثناء الحمل ، لا تنتشر الى الرحم . وبعد الولادة تنتقل
العدوى ، عند السيلان غير المعالج ، الى الرحم ، وقد ينتقل السيلان فيما بعد الى البوقين ،
المبيضين ، وبريتون الحوض .

ومن الممكن انتقال العدوى اثناء الولادة الى الجنين . ويمكن أن تسبب علوى السيلان
التهاب ملتحمه العين (الرمد الصديدى) ، والمستقيم ، وعند البنات التهاب الفرج
والمهبل .

ويساعد الحمل ، عندما يكون السيلان معالجا ، على ازالة الظواهر المتبقية من الالتهاب :
الالتصاقات ، الندبات ، والرشح .

يجب دائما الأخذ بعين الاعتبار ، عند فحص الحوامل ، الدلائل التى تشير الى وجود
اصابة بالسيلان (اصابة الحامل والزوج فى الماضى ، القولنج عند التبول ، والليكورية القيحية

(وغيرها) . وعند وجود أعراض السيلان ، وحتى مجرد الشك بوجود هذه العدوى ، يجرى تحليل خاص لمفرزات قناة مجرى البول ، وعنق الرحم ، والمهبل والأعضاء الأخرى .
ومن الضروري البدء فوراً بمعالجة الحامل المريضة بالسيلان بعد التشخيص . ويوصف بشكل عام نفس العلاج الذى يعطى للنساء غير الحوامل .
داء المقوسات . ثبت فى السنوات الأخيرة ان سبب شلوذ النمو والولادات الميتة يمكن ان يكون داء المقوسات . ويتسبب مسبب داء المقوسات الى الطفيليات . وقد وجد مختلف الباحثين هذا الطفيلي لدى القردة ، الحيوانات الوحشية والأليفة ، القوارض والطيور . ويمكن ان تتم إصابة الانسان عن طريق الجهاز الهضمى ، والطرق التنفسية ، والعصاة وغيرها . ويجرى داء المقوسات لدى البالغين بصورة حادة ومزمنة . ويمتاز الشكل الحاد بتنوع أعراضه الكثيرة ويسير على غرار المرض الشبيه بالتيفوئيد ، التهاب السحايا والدماغ ، التهاب الغدد اللمفاوية وغيرها . ان الشكل المزمن من داء المقوسات قليل الأعراض ، وكثيرا ما يجرى بصورة خفية ويكتشف فقط عن طريق التحاليل الخاصة للمصل .
وعند إصابة الحامل بداء المقوسات يمكن ان تنتقل العدوى الى الجنين داخل الرحم . ويمكن ان يسبب داء المقوسات الخلقى ، موت الجنين داخل الرحم . ويلاحظ ، عند المولودين أحياء ، شلوذ النمو (استسقاء الدماغ ، صغر الدماغ وغيرها) ، وإصابات الجهاز العصبى المركزى (التشنجات ، الشلل ، والخذل) ، وأمراض شبكية العين (التهاب مشيمى شبكى) ، الكبد ، الكلى والأعضاء الأخرى .

أمراض أهم الأعضاء والأجهزة

أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية. أثناء الحمل والولادة يتعرض القلب والاعوية الدموية لجهد اضافى .

ويتغلب جسم الحامل السليمة بصورة جيدة على هذا الجهد ، أما عند مرضى القلب والاعوية الدموية فكثيرا ما يحدث اختلال الدورة الدموية والاختلالات الأخرى .
ان الحمل ، والولادة ودور nafas تؤدي الى ازدياد حدة معظم أمراض القلب والاعوية .
واكثر الأمراض خطورة يعتبر عيب صمام القلب ذى المصراعين (المرض الاكليلي) الذى يتفوق فيه الضيق وجميع أمراض القلب روماتيزمية المنشأ (إصابة بطانة القلب ، وعضلات القلب) ،

والالتهاب التسمى لبطانة القلب ، والذبحة الصدرية . واثناء الحمل ، تزداد حدة هذه الامراض ، وكثيرا ما ينشأ خفقان تعويض نشاط القلب واختلال الدورة الدموية (عسر التنفس ، الازرقاق ، الاستسقاء وغيرها) ، التى تعتبر اسبابا لقطع الحمل . ومن السهل حصول اختلالات نشاط القلب والدورة الدموية عند أمراض القلب ، أثناء الولادة ، سيما فى دور الطرد . إن توتر الجهاز العصبى والعضلى الشديد أثناء المخاض يؤدى الى اختلال نشاط القلب ، ويمكن ان يحل الانهيار بعد ولادة الجنين (نتيجة لانخفاض الضغط داخل الرحم) .

ان اختلال عمل القلب قد يؤدى الى موت المرأة . ويمكن ان ينتهى الحمل ، عند عيوب القلب التى أخفق تعويضها ، بالولادة قبل الأوان ، وكثيرا ما يلاحظ أثناء الولادة اختناق الجنين . وتلاحظ أحيانا ، عند الولادة فى الأيام الأولى من الحياة ، أعراض كالم الجمجمة الداخلى الذى يحصل عند الولادة . ولما يحدث عند تعويض نقص الصمام التاجى ، اختلال عمل القلب والدورة الدموية نتيجة للحمل . وتسير الولادة عادة بصورة طبيعية ، الا انه قد يحدث خفقان التعويض .

ويحل ، عند بعض المصابات بعيوب القلب ، تعويض عمل القلب فى دور النفاس . ولاكتشاف أمراض القلب والأوعية الدموية فى حينه يجب فحص جميع الحوامل بدقة عند أول مراجعة للعيادة الاستشارية (السوايق ، المعانة ، القرع ، التسمع ، جس النفس ، وقياس الضغط الشريانى) . وترسل الحوامل اللاتى لديهن دلائل على أمراض القلب والأوعية الدموية الى الاطباء - طبيب التوليد والأمراض النسائية وطبيب الامراض الباطنية . ويجرى القيام ، عند وجود أمراض خطيرة على الصحة (الضيق التاجى ، التهاب بطانة القلب ، اصابة عضلات القلب ، الذبحة الصدرية الخ) بقطع الحمل فى المراحل المبكرة (حتى ١٢ اسبوعا) . فاذا حضرت المرأة الى العيادة ومدة حملها اكثر من ١٢ أسبوعا ، فانها توضع فى المستشفى للمعالجة المنتظمة ولحل مسألة استمرار الحمل . ويجرى اذا ما ساءت حالة الحامل ، بالرغم من المعالجة ، القيام بقطع الحمل ، عن طريق العملية القيصرية عادة . واذا كانت حالة الحامل تسمح ، فان اجراء العملية القيصرية يتم فى المراحل المتأخرة من الحمل حينما يكون الجنين قادرا على الحياة .

ويجرى التوليد عند مريضات القلب والأوعية الدموية تحت اشراف طبيب : فتستعمل بصورة واسعة أدوية القلب ، الجلوكوز ، والاكسجين . ولغرض قطع المخاض يجرى انهاء الولادة

عن طريق استعمال الملاقط . ويمكن ان يسمح فى عدد من الحالات ، لدى النساء المصابات بعيب تاجى معوض مع تفوق نقص المصراع ، بالولادة التلقائية .
ويوضع عقب ولادة الطفل ، ثقل على البطن (كيس تراب) او يتم حالا ربط البطن ، مما يساعد على تجنب الانهيار .

وتتبع المريضات فى دور النفاس نظام ملازمة الفراش التامة . ولا يسمح بالخروج من دار الولادة قبل مرور ٣ أسابيع على الولادة . وتوضع المرأة بعد خروجها من دار الولادة ، تحت المراقبة الدورية من قبل الطبيب ، لانه قد تسوء الحالة الصحية بعد عدة أسابيع وأشهر بعد الولادة .

مرض ارتفاع التوتر الشريانى . ان الحمل يعقد ، كقاعدة ، سير مرض ارتفاع التوتر الشريانى . ويمكن للحمل والولادة ان يسيرا بصورة طبيعية فقط عند الشكل الخفيف لهذا المرض (ضغط الدم المرتفع غير الشديد وغير الدائم ، انعدام تغيرات عضوية) . ويرفق الحمل ، عند الارتفاع العالى والثابت لضغط الدم ، الصورة السريرية لمرض ارتفاع التوتر الشريانى . ويلاحظ أحيانا عند بداية الحمل فقط ، انخفاض مؤقت لضغط الدم ، الذى يرتفع فيما بعد من جديد ، وكثيرا ما يكون الى درجة عالية .

ونتيجة لتشنج المتزايد للأوعية تسوء تغذية الانسجة وتزويدها بالأكسجين ، وتنشأ اختلالات وظيفية أهم الاعضاء وحصول الحثل فيها . وتظهر ، نتيجة لهذه الاختلالات ، آلام الرأس ، وضعف البصر ، والزلال والاسطوانات فى البول . ويسوء ، نتيجة لتشنج الاوعية الدموية للرحم والمشيمة ، ايصال الكمية الضرورية من المواد الغذائية والأكسجين الى الجنين . ولهذا كثيرا ما يلاحظ ، فى الحالات الشديدة من مرض ضغط الدم المرتفع ، ضعف نمو الجنين ، والاجهاضات ، والولادة قبل الأوان ، وتوجد ولادات ميتة . ويمكن ان يحدث لدى المرأة فى دور الطرد ، انسكاب الدم فى الاعضاء المختلفة ومن ضمنها المخ .

ان اكتشاف مرض ضغط الدم المرتفع ، فى حينه لدى الحوامل يعتبر أحسن وقاية للاختلالات المذكورة أعلاه . فعند المراجعة الاولى للعيادة الاستشارية يجرى الكشف عن السوابق التى تدل على هذا المرض ويقاس الضغط الشريانى . وترسل الحوامل المصابات بارتفاع الضغط الشريانى بصورة إلزامية الى الطبيب . ويدعو الأمر ، عند وجود حالات شديدة وثابتة من مرض ضغط الدم المرتفع ، الى قطع الحمل . وان أبدت المرأة رغبتها فى المحافظة على الحمل ، يتم تعريضها الى المعالجة المنتظمة والمراقبة .

امراض الدم . كثيرا ما يلاحظ عند الحمل فقر الدم . ان انخفاض كمية الهيموغلوبين مرتبط بارتفاع استهلاك الحديد من قبل الجنين النامي . ويمكن ان يحدث فقر الدم بالنظر للتغذية غير الصحيحة ، عند اختلال نشاط أعضاء الجهاز الهضمي والأمراض الأخرى ، التي تؤدي الى تمثيل الحديد ، الوارد مع الغذاء المكتسب ، بصورة غير كافية .

وتحت تأثير النظام الصحيح للغذاء والعلاج تزداد كمية الهيموغلوبين . وتنصح الحامل بتناول الخضر الطازجة ، الفواكه ، الكبد ، الفيتامينات ، ومستحضرات الحديد .

وعند اختلال أعضاء جهاز الهضم والأمراض الأخرى يخصص العلاج المناسب .

ان فقر الدم الخبيث يتقدم بسرعة عند الحمل ، ولهذا يقتضى قطع الحمل .

ويؤثر الحمل بصورة سلبية على مرضى اللوكيميا (ابيضاض الدم) ، فسوء عادة صحة الحامل ، وقد ينتهي المرض بالموت من التزيف الدموي أثناء الولادة أو بعد الولادة . وترجع الأهمية الحاسمة في تشخيص اللوكيميا الى تحليل الدم .

أمراض المجارى البولية . يعتبر التهاب الكلية اختلافا خطيرا جديا للحمل . فيمكن أن يحدث التهاب الكلية الحاد أثناء الحمل نتيجة لالتهاب سابق فى اللوزتين من الأمراض المعدية . وكثيرا ما يحصل ، عند التهاب الكلية ، انقطاع تلقائي للحمل . والحمل يزيد حدة التهاب الكلية الحاد منه والزمن ، ولهذا فان الأمراض المذكورة تصلح ان تكون دواعياً لقطع الحمل .

وكثيرا ما يلاحظ أثناء الحمل التهاب حوض الكلية . ولاسترخاء الحالبين وتأخر ميزاب البول المرتبط به ، القابلية على احداث التهاب الكلية وحوضها . وتنفذ العلوى بواسطة الطرق المفاوية من الأمعاء ، وبصورة أندر - بالتسلق من المثانة . وتعتبر العصبية المعوية أكثر مسبب التهاب الكلية وحوضها وجودا .

ويحدث التهاب الكلية وحوضها فى النصف الثانى من الحمل عادة وهو يلاحظ عند النساء متعدّدات الحمل أكثر من النساء اللاتي يحملن لأول مرة . وان بداية المرض تكون حادة عادة ، وفى حالات أقل - تدريجيا . فترتفع الحرارة (كثيرا ما تكون مصحوبة بقشعريرة) ، وتظهر آلام فى منطقة العجز ، وتندهور الحالة الصحية العامة . ويكتشف فى البول عدد كبير من الكريات البيض ، وخلايا ظهارة أحواض الكلية والبكتيريا . وعند الضرب بقبضة اليد على منطقة العجز (الكلى) يتحدد ألم فى تلك الجهة ، التي يكون لالتهاب الحوض مكان فيها (عرض باستيرناتسكى الإيجابى) .

ان التهاب حوض الكلية يكون قابلا للعلاج عادة وهو لا يسبب عواقب وخيمة للحامل والجنين . وفي حالات نادرة فقط يقتضى اللجوء الى قطع الحمل بصورة اصطناعية . وينصح عند التهاب حوض الكلية بالغذاء المكون من المنتجات اللبنة النباتية ، وتدفئة منطقة العجز ، وحقن العضل بالستروبتومايسين ، كاناماييسين والمضادات الحيوية الأخرى .

ويمكن ان يحدث : ، عند الحمل ، التهاب المثانة ايضا . ومما يساعد على نشوء التهاب المثانة هو الضغط على المثانة من قبل الرحم او الرأس المتقدم واستسقاء جدرانها . وتسرّب العدوى من خلال قناة منجرى البول ، وكثيرا ما يكون ذلك عند القسطرة . فيظهر الميل بكثرة الى التبول والألم عند التبول . وترتفع الحرارة .

ويعطى عند التهاب المثانة السالول (عند البول الحامضى) أو الأوراتروبين (عند البول القاعدي) ، والسولفات وحقن المضادات الحيوية ، والغذاء المكون من المنتجات اللبنة - النباتية .

التهاب الزائدة الدودية : قد يحدث أثناء الحمل الحمل التهاب الزائدة الدودية الحاد واشتداد الالتهاب المزمن . ويعتبر التهاب الزائدة الدودية اختلاطا شديدا للحمل . وتكمن خطورة التهاب الزائدة الدودية فى امكانية حصول التهاب البريتون .

فى النصف الثانى من الحمل يرتفع الأور والزائدة الدودية بواسطة الرحم الآخذ فى النمو الى الأعلى . ان تحرك الزائدة الدودية يدهور الظروف اللازمة لعزل الالتهايبى عند التهاب الزائدة الدودية الحاد ويساعد على اختلال الالتصاقات عند التهاب الزائدة الدودية المزمن . ويمكن ان يكون التهاب الزائدة الدودية سببا فى الانقطاع التلقائى للحمل ، وان التنبؤ بالعاقبة بالنسبة للمرأة أثناء الحمل أسوء مما هو فى حالة عدم وجود الحمل .

وعلاج التهاب الزائدة الدودية ، عند الحمل ، جراحى . ومن الضرورى اجراء العملية فوراً بعد وضع التشخيص . ولهذا يجب ارسال المرأة الحامل ، عند وجود أعراض التهاب الزائدة الدودية بسرعة (آلام فى النصف الأيمن من البطن ، تشنج العضلات ، عرض شوتكين - بلومبيرغ ، الغثيان وغيرها) ، الى المستشفى .

أمراض الجهاز العصبى . يلاحظ الجنون المرتبط بالحمل والولادة بصورة نادرة ، فى الأغلب عند النساء ذوات المزاج غير الثابت ، وللجنون عند الحمل عادة صفة اكتئابية ، ويمتاز جنون دور النفاس فى الأغلب بحالة الهياج . فعند نشوء الجنون توضع المرأة فى مستشفى الأمراض العقلية . وعند العلاج الصحيح فان جنون الحوامل والنفاسات يزول .

تلاحظ لدى الحوامل أحيانا آلام عصبية في منطقة العصب الثلاثي ، الوركي ، والاعصاب بين الاضلاع ، وقلما تلاحظ التهابات العصب و التهاب الأعصاب المتعددة ، التي يعود ظهورها الى الحمل .

ويمكن ان ينشأ الحمل لدى المصابة بالصرع ، وان سير هذا المرض أثناء الحمل يسوء عادة ، وقلما يلاحظ انخفاض عدد النوبات . ويعتبر سوء سير داء الصرع داعيا لقطع الحمل . وتختلف نوبة داء الصرع عن التشنج الحمل بانها تتم بغياب ارتفاع ضغط الدم الشرياني ، الاستسقاء ، والزلال في البول . ويتضح من السوابق بأن مثل هذه النوبات لوحظت قبل الحمل .

داء الرقص (الكورية) يعتبر مرض الحوامل النادر ، وهو يحدث أحيانا لأول مرة في الطفولة ، وأحيانا أثناء الحمل . وتمتاز الكورية بتشنج كل عضلات الجسم ، الذي يتكرر ليلا ونهارا ، وترتفع حرارة الجسم ، ويزداد النبض ، وكثيرا تصاب المرأة باختلال العقل . وكثيرا ما يحدث عند الإصابة بالكورية ، الانقطاع التلقائي للحمل قبل الأوان .

وفحوى علاج الكورية هو استعمال الادوية المنومة والمقويات ويجب عند عدم نجاح العلاج ، قطع الحمل .

امراض الغدد الصم . كثيرا ما تختل عند مرض الغدد الصماء ، العادة الشهرية ووظيفة النسل . غير انه يلاحظ وجود الحمل عند أمراض كثيرة للغدد الصماء وكثيرا ما تزداد حدتها (قلما يلاحظ تحسنها) .

ان أمراض الغدة الدرقية من صنف التلرقاق (الجحوظ الدرقي) ويهبط الدرقية (المكسيدوما) تترافق عادة . وعند بعض المصابات فقط تقل أعراض الجحوظ الدرقي عند الحمل . وتعتبر أمراض الغدة الدرقية داعيا لقطع الحمل ، باستثناء تلك الحالات من الجحوظ الدرقي ، حينما يتحسن فيها سير المرض عند الحمل .

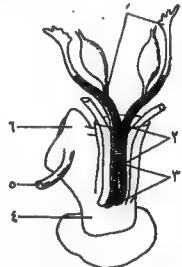
والحمل عند المصابات بالداء السكري يؤدي الى ازدياد حدة المرض عادة ، ويمكن أن تصاب الحامل بالاغماء . وتعتبر حاجة جسم الأم والجنين المتزايدة للانسولين ، الذي تقل كميته عند المصابات بالسكري ، سببا للاغماء . وكثيرا ما يحدث عند المصابات بالسكري الاستسقاء والتسمم . ويكون الجنين ضخما (او عملاقا) ، وكثيرا ما يولد في حالة الاختناق ، فقر الدم واختلال التمثيل . ويمكن للحمل ان يستمر بصورة صحيحة ، عندما يكون داء السكري خفيفا ، والنظام والعلاج صحيحا .

وعلى مريضات الداء السكرى اللاتى يرغبن فى استمرار الحمل ، أن يتناولن غذاء خاصا
يحتوى على الفيتامينات ويفتقر الى الكربوهيدرات ، وأن يتعاطين الانسولين ، ويجب ان تكون
المريضة تحت اشراف الأطباء - طبيب التوليد والأمراض النسائية وطبيب الأمراض الباطنية .

الحمل عند امراض الاعضاء التناسلية ونموها غير الصحيح

نمو الاعضاء التناسلية بصورة غير صحيحة (شلوذاها) . ينتمى الى شلوذ نمو الاعضاء
التناسلية ما يلى : أ) التركيب التشريحي غير الصحيح ، مثلا ازدواج الرحم والمهبل ، انعدام
المروور (الثام) فى منطقة غشاء البكارة ، المهبل ، الرحم وغيرها ، ب) عدم اكتمال نمو
الاعضاء التناسلية ذات الشكل الصحيح :

وكثيرا ما يصحب شلوذ النمو الواضح ، اختلال العادة
الشهرية ووظيفة النسل . ويمكن ان يحدث الحمل عند
بعض حالات شلوذ الاعضاء التناسلية ، ويمكن ان تتم
الولادة .



نمو الاعضاء التناسلية غير الكامل يتميز بالخصائص

التالية : ضعف نمو الغطاء الشعرى فى العانة ، تقعر
العجان ، قصر وضيق المهبل ، العنق ضيق ومخروطى
الشكل ، الرحم صغير الحجم (أحيانا حتى أقصر من
العنق) ، الزاوية الواقعة بين الجسم والعنق حادة . تبدأ
العادة الشهرية ، عند نقص نمو الأعضاء التناسلية ، فى
وقت متأخر من العمر ، وكثيرا ما تكون غير منتظمة
(حيض يسير مصحوب بالألم أو بالعكس حيض

شكل ١١ . الاصول الجنينية للرحم ،
حليبين والمهبل المكونة من مسلك
مؤلف .

١ - البوقان ، ٢ - الرحم ، ٣ - المهبل ،
٤ - الجيب البوقى التناسلى ، ٥ - المثالب ،
٦ - المثانة

غزير ومستمر) ، وغالبا ما يلاحظ العقم . وكثيرا ما ينتهى الحمل بالاجهاض والولادة قبل
الأوان . وكثيرا ما يحدث ، إذا ما استمر الحمل حتى النهاية ، اختلالات تعود
الى ضعف النشاط التقلصى لعضلات الرحم غير النامية بلرجة كافية . يلاحظ عادة ضعف

قوى الولادة ، الذى ينشأ اما فى بدء الولادة ، أو فى دور الطرد . كثيرا ما يلاحظ حدوث نزيف دموى فى دور الخلاص ، وفى دور النفاس — ببطء عودة الرحم الى حالته الطبيعية .

ازدواج الرحم والمهبل . يتكون الرحم والمهبل فى المراحل المبكرة من الحياة الرحمية من قناتين (دروب مولير) ، تلتحمان فيما بينهما فى القسم المتوسط والسفلى . فمن القسم المتوسط



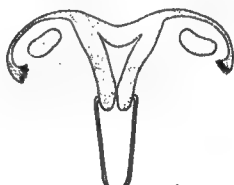
شكل ١٣ . الرحم ذو قرنين



شكل ١٢ . ازدواج الرحم والمهبل ، الرحمان والمهبلان



شكل ١٥ . لرحم ذو قرن واحد ، القرن الثانى متغلف النمو



شكل ١٤ . الرحم السرجى

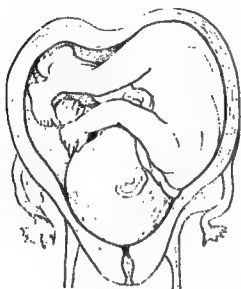
للدروب مولير المندمجة ، يتكون الرحم ، ومن السفلى — المهبل ، وتتحول الاقسام العلوية غير الملتحمة من هذه الدروب الى بوقين للرحم (شكل ١١) .

فاذا تعرضت عملية اندماج دروب مولير الى الخلل ، حدث شذوذ يمتاز بازدواج الرحم والمهبل .

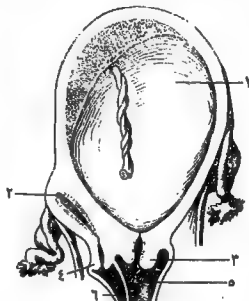
وهناك حالات لدرجات مختلفة من الازدواج : رحمان منفصلان (أنصاف رحم) . ومهبلان (شكل ١٢) ، ازدواج جسم الرحم (رحم ذو قرنين) عند وجود عتق مشترك (شكل ١٣) ،

رحم سرجى الشكل (التقسيم فى قعر الرحم فقط) (شكل ١٤) مع حاجز فى الجوف أو بدونه أو حاجز فى المهبل الخ. وينمو أحيانا قرن واحد فقط للرحم (رحم ذو قرن واحد) ، أما الآخر فيبقى ناقصا (قرن متخلف) (شكل ١٥) .

ان ازدواج الرحم لا يحول دون تطور الحمل . وينمو الحمل فى نصف واحد (نادرا جدا فى كليهما) ، ويكبر نحا ما النصف الثانى غير الحامل ، يلين ، ويتم فى الغشاء المخاطى



شكل ١٧ . حمل فى الرحم السرجى



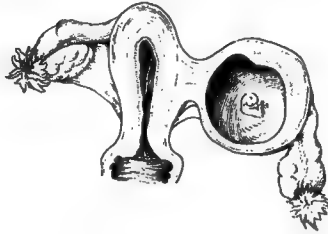
شكل ١٦ . الحمل فى رحم وبهبل مزدوجين.
١- رحم حامل ، ٢- رحم غير حامل ، ٣- عنق رحم حامل ، ٤- عنق رحم غير حامل ، ٥- المهبل الايسر ، ٦- المهبل الايمن

تفاعل نفاضى (شكل ١٦) . وكثيرا ما يلاحظ عند ازدواج الرحم انقطاع الحمل قبل الأوان ، وضعف النشاط التلقى للرحم فى الولادة ، والتزف الدموى فى دور الخلاص والنفاس . وإذا كان نقص النمو معلوما أو غير واضح بشدة ، فان الحمل ينتهى بولادة طبيعية فى حينه .

ويساعد الرحم سرجى الشكل على تكون أوضاع مستعرضة ومائلة للجنين . غير أن الحمل والولادة ، عند الرحم سرجى الشكل (شكل ١٧) ، قد يعجزان بصورة طبيعية .

وقلما يلاحظ إلى حد ما الحمل فى القرن المتخلف من الرحم ، الذى يتصل بجوف القرن المتطور للرحم بواسطة قناة ضيقة . وتعرف حالات نمو الحمل فى القرن

المتخلف ، الذى لا يصل بالرحم (شكل ١٨) . وتقع الحيوانات المنوية ، فى حالات كهذه ، من جوف القرون المتطور بصورة طبيعية من الرحم عن طريق البوق فى جوف البريتون ، وفيما بعد فى بوق القرن المتخلف ، هناك حيث يجرى التلقيح ، وتتقدم الخلية الاثنية الملقحة فى القرن المتخلف وتنفز فيه . ان جدران القرن المتخلف تكون نامية بصورة ضعيفة ، ولهذا فان حمل المشيمة ينمو داخل الغشاء المخاطى والعضل للرحم . ان تخريب الجدار يؤدى الى تمزق القرن المتخلف ، مما يصحبه نزيف دموى فى البطن وصدمة . ان أعراض تمزق القرن المتخلف

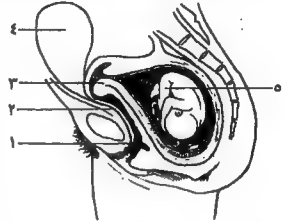


شكل ١٨ - حمل فى قرن الرحم المتخلف

الحامل تكون مطابقة للصورة السريرية للحمل خارج الرحم . فمن الضرورى فى أحوال كهذه القيام بفتح البطن وإزالة القرن المتخلف . وفى حالات نادرة يتطور الحمل فى القرن المتخلف ، مما يشكل كذلك خطرا على المرأة . ان الولادة التلقائية مستحيلة وان حياة المرأة يمكن انقاذها فقط عن طريق فتح البطن ، الذى يزال فيه الجنين والقرن المتخلف من الرحم . وتتمدد عادة حواجز المهبل ولا تمرقل سير الولادة . فاذا كان الحاجر يعرقل تقدم الجزء المتقدم من الجنين ، يتم قطعه . يمكن ان تكون الاوضاع غير الطبيعية للرحم سببا للعقم . غير ان الحمل ، فى بعض الحالات ، يحدث عند هبوط وسقوط الرحم مثلما يحدث عند التحولات المرضية له ، انحرافه وانحنائه .

قد يؤدى الحمل ، عند هبوط الرحم وسقوطه ، الى تحسن الحالة مؤقتا وعندما يكبر الرحم ويرتفع الى اعلى الحوض الصغير يتقطع السقوط . غير أن سقوط الرحم يتجدد بعد الولادة ، واحيانا حتى أنه يزداد .

ان مما يلتفت النظر من بين الاوضاع غير الطبيعية للرحم هو انحناءاته الى الخلف . ويمكن ان يكون الرحم ، عند انحنائه الى الخلف ، متحركا ، غير أنه غالبا ما يكون مثبتا بالمقارن ، التي تتكون نتيجة الالتهاب فى السابق . ولا يعرقل الانحناء المتحرك الى الخلف ، سير الحمل الطبيعى . وفى الشهر الرابع من الحمل يرتفع الرحم أعلى الحوض الصغير ويزول انحناءه . وكثيرا ما يساعد الحمل ، عند ثبات الانحناء الى الخلف ، على تليين الرحم وحتى زوال الالتصاقات ، وفى حالات كهذه فان الحمل يتطور بصورة صحيحة .



وعند وجود التصاقات شديدة فان الرحم الحامل يبقى مثبتا بالأعضاء المجاورة وببريتون جيب دوغلاس الخلفى . ويبقى الرحم الحامل الآخذ فى النمو فى الحوض الصغير ويقوم بالضغط أكثر فأكثر على المثانة والمستقيم . فتختل لدى الحامل عملية التبول ، ويظهر الامساك ، وآلام فى البطن . ويمكن ان ينشأ توقف التبول تماما . وقد ينقطع الحمل عند انحصار الرحم الحامل الثابت (شكل ١٩) ، تلقائيا .

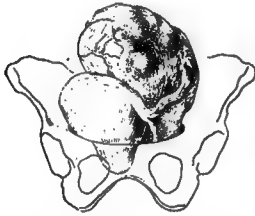
شكل ١٩ . انحصار الرحم الحامل فى الحوض عند انحنائه الى الوراء
١ - المهبل ، ٢ - الاصل ، ٣ - عنق الرحم ، ٤ - المثانة المتدبة ، ٥ - الرحم الحامل المحصور

وكثيرا يلجأ الى الاجهاض الاصطناعى ، اذا لم يحدث اجهاض . وتجربى المحاولة عند انعدام الظواهر الخطرة التي تضطر الى قطع الحمل لتعديل وضع الرحم الحامل باعتناء تحت التخدير العام . وترسل المرأة الحامل ، التي توجد لديها ظواهر انحصار الرحم فورا ، الى دار التوليد التي يشرف عليها طبيب .

ان اورام الأعضاء التناسلية لا تعرقل دائما نشوء الحمل . ويسبب الورم الليفي المفضل للرحم ، العقم أو الاجهاض فى حالة ما اذا كانت عقد الورم تنمو باتجاه تجويف الرحم . ويمكن للحمل أن ينشأ وأن يستمر حتى النهاية ، اذا كان موضع العقد داخل جدار الرحم أو تحت البريتون . وكثيرا ما يلاحظ أثناء الولادة ضعف النشاط التقلصى للرحم ، والتزف الدموى فى دور الخلاص وفى أوائل دور النفاس . ولهذا يجب اتخاذ الاجراءات اللازمة ، عند مريضات كهؤلاء ، للوقاية من هذه المضاعفات .

ان العقد الضخمة التى تقوم فى الحوض الصغير او بالقرب من مدخل الحوض ، تعرقل ميلاد الجنين (شكل ٢٠) . فيجرى القيام ، فى حالات كهذه ، بالتوليد جراحيا بواسطة العملية القيصرية ، وعند اكتشاف العقد فى الوقت المناسب ، يمكن ازالتها (قطعها) جراحيا .

يمكن للحمل أن ينشأ عند وجود ورم المبيض الكيسى (شكل ٢١) . ولا تحول الاورام الكيسية غير الكبيرة المتحركة التى تقوم على سويقة ، دون نمو الحمل ، وان الاورام الكيسية الكبيرة تعوق نمو الرحم وقد تسبب الاجهاض . عدا ذلك فقد يحصل فى جدار الورم الكيسى



شكل ٢١ . الحمل وورم المبيض الكيسى



شكل ٢٠ . الحمل عند الورم البلى الضلل للرحم .
عقدة تجثم فى الحوض الصغير ، تعتبر عرقلة لطرد الجنين

موت الانسجة نتيجة لانضغاط الرحم الحامل . ان الاورام الكيسية الثابتة فى الحوض الصغير تشكل عرقلة لمرور الجنين عبر طرق الولادة . ويستمر الحمل حتى نهايته وتجرى الولادة بصورة طبيعية ، عند الاورام الكيسية غير الكبيرة ، الا أنه يلاحظ بعد الولادة فى حالات كثيرة التواء سويقة الورم ، وموت الانسجة والتقيح ، الأمر الذى يشكل خطورة على المرأة .

ويقتصر العلاج على فتح البطن وإزالة الورم على الرغم من الحمل . ويمكن الحفاظ على الحمل عند القيام بالعملية الجراحية باعتناء ، وادارة فترة ما بعد العملية بصورة صحيحة . ولا يستبعد سرطان عنق الرحم ، احتمال نشوء الحمل . ويجرى السرطان بصورة خبيثة على الأخص عند الحمل ، ويلاحظ نمو الورم بسرعة وانتقاله الى النسيج المخالى المحيط

بالرحم ، المهبل ، المثانة والأعضاء الأخرى . ولهذا ينبغي معاينة عنق رحم جميع النساء الحوامل بواسطة المنظار ، وليس المصابات بالأمراض النسائية فقط .
ويتلخص علاج سرطان عنق الرحم بإزالة الرحم الحامل مع ملحقاته والنسيج الخلوي المحيط به والقسم العلوى من المهبل مع استعمال أشعة رونتجين فيما بعد .

الباب الثالث

الاجهاض والولادة قبل الاوان

الاجهاض (الاسقاط)

يسمى بالاجهاض أو بالاسقاط (abortus) ، انقطاع الحمل خلال ٢٨ أسبوعا (٧ أشهر قبلية) من الحمل. أما انقطاع الحمل بعد ٢٨ أسبوعا حتى ٣٩ أسبوعا فيدعى بالولادة قبل الأوان .

فالجنين الذى يولد قبل ٢٨ أسبوعا ، غير قادر على الحياة (باستثناء حالات نادرة جدا) . ويمكن ان يعيش الطفل المولود قبل الأوان ، عند توفر العناية المطلوبة ، وان ينمو حتى اذا كان غير متمم لدرجة كبيرة (مثلا وزنه ١٠٠٠ غرام ، وطوله ٣٥ سم) .

ويسمى الاجهاض ، خلال ١٤ أسبوعا الاولى ، بالمبكر ، وبعد ١٤ حتى ٢٨ اسبوعا - بالمأخر .

ومنالك الاجهاض التلقائى والاجهاض الاصطناعى . فالاجهاض التلقائى (abortus spontaneus) يتم بدون اى تدخل ، خلافا لرغبة المرأة . فاذا تكرر الاجهاض التلقائى لدى المرأة قيل عن الاجهاض (الاسقاط) المعتاد .

ويسمى بالاجهاض الاصطناعى (abortus artificialis) الاجهاض المتعمد فى مؤسسة للعلاج أو فى غير المستشفى .

الاجهاضات التلقائية

ان أسباب حدوث الاجهاضات التلقائية مختلفة . فكثيرا ما تؤدى الى الاجهاض ، الأمراض السارية (التيفوئيد ، الانفلونزا ، داء المقوسات ، التهاب الكبد المعدى ، الملاريا ، الزحار وغيرها) . ويمكن أن يحدث الاجهاض ، عند التهاب الرقة ، ذات الجنب ، التهاب الزائدة الدودية وغيره من الأمراض ، المصحوبة بحرارة عالية وتسهم الجسم . ومن غير النادر أن يؤدى الزهرى الى انقطاع الحمل قبل الأوان (اجهاض ، ولادة قبل الأوان) .

ومن الاسباب المتكررة بكثرة للانقطاع التلقائي للحمل : عدم نمو الاعضاء التناسلية (طفالة) والالتهابات المزمنة للرحم (التهاب بطانة الرحم ، التهاب الرحم) ، وكذلك اصابة المضلات الدائرية فى منطقة البرزخ والمزرد الداخلى ، التى تحدث بعد الاجهاضات والتوليد الجراحى . ونتيجة للأذى فان قناة عنق الرحم تكون مفتوحة ولا يمكن الاحتفاظ ببيضة الجنين فى الرحم . ومن غير النادر أن تحدث الاجهاضات التلقائية نتيجة لاختلال وظيفة الغدد الصماء : المبيضين ، الغدد الكظرية ، الغدة الدقية والغدد الصماء الاخرى .

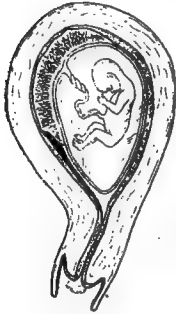
ودائما يلاحظ ، لدى النساء اللاتى كانت لديهن اجهاضات تلقائية ، نقص وظيفة المبيضين الذى يعود الى الطفالة التناسلية ، أو الناشئ ثانويا بسبب الاجهاضات الاصطناعية ، التهابات الاعضاء التناسلية او بسبب العمليات الباثولوجية الأخرى . ويمكن ان يكون سبب الاجهاضات اختلالات مختلفة فى وظيفة الغدد الكظرية (غالبا ما تكون حالات ممسوحة سريريا) ، وقصور وظيفة الدرقية وفرط وظيفة الدرقية ، والسكرى والأمراض الأخرى للغدد الصماء .

وقد تؤدي الى الاجهاض أمراض القلب ، المصحوبة باختلال الدورة الدموية ، وأمراض الغدد الصماء (نقص الدرقية ، فرط الدرقية ، السكرى وغيرها) . ان نقص الفيتامينات فى الطعام يسبب موت الجنين ويليها الاجهاض . وان نقص فيتامينات A ، C ، E ومجموعة فيتامين B وغيرها يلعب دورا سيئا على الأنحس .

ويمكن ان تسبب الكدمات (الرض ، الكسور) عند وجود عامل ما مساعد ، مثلا الطفالة ، عملية التهاب وغيرهما الاجهاض . وكثيرا ما يبقى الحمل ، لدى النساء السليمات سليما ، حتى عند الاصابات الشديدة (الرضوض ، كسور عظام الحوض والاطراف) . ويمكن أن يحدث الاجهاض ، لدى النساء اللاتى لديهن جهاز عصبي غير متزن بسبب صدمة نفسية قوية (مثلا الرعب ، النكبة) ويمكن ان يؤدي الى الاجهاض تسمم جسم الحامل بالزئبق ، الرصاص ، أكسيد الكربون ، المركبات الانيلينية ، الكحول ، المورفين وغيره من المواد .

ومن الممكن انقطاع الحمل عند التأثير على جسم الحامل بأشعة رونتجين والرايدوم . وتفصل بيضة الجنين بصورة تدريجية ، عند الاجهاض ، عن الرحم ، حيث يتم إصابة الأوعية الدموية للغشاء التفاضى بالأذى . فتموت بيضة الجنين المنفصلة وتتسرب بالدم المنسكب . ويتم ، تحت تأثير النشاط القلصى لعضلات الرحم (المخاض) انفتاح قناة عنق الرحم وطرد

بيضة الجنين بأكملها (اجهاض أحادى المرحلة) أو على أقسام (اجهاض ثنائي المرحلة) .
وتشعر المرأة نتيجة لتقلصات الرحم ، بالآلام شبيهة بالآلام المخاض في أسفل البطن ، مع العلم
أن شدة الآلام تكون أقوى في الاجهاض المتأخر . اما عند الاجهاضات المبكرة فان الاحساس
بالآلم يكون غير واضح بشدة أو حتى انه يكون معدوما . ان الاجهاض يكون مصحوبا ، كعادة ،
بالنزف ، الذى تتغير شدته تبعا لمرحلة سير هذه العملية .



شكل ٢٢ . اجهاض مثلر

ومدة الحمل . ويكون النزف الدموى ، عند الاجهاض
المبكر ، فى معظم الحالات شديدا .

ويسير الاجهاض المتأخر عادة على منوال الولادة :
فيتم استواء وانفتاح العنق ، وتخرج المياه المحيطة بالجنين ،
ويولد الجنين ، ومن ثم المشيمة . ويحدث النزف عند
اختلال عملية انفصال الجنين وطرده .

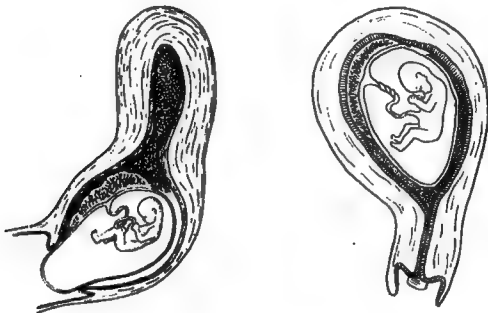
توجد المراحل التالية للاجهاض (١) الاجهاض
المنلر (abortus immines) ، (٢) الاجهاض البادئ
(abortus incipiens) ، (٣) اجهاض فى الطريق (abortus
progrediens) ، (٤) اجهاض ناقص (abortus incomple-
tus) ، (٥) اجهاض كامل (abortus completus) .

الاجهاض المنلر . ان ببيضة الجنين مرتبطة ، عند

الاجهاض المنلر ، بالغشاء المخاطى للرحم ، وان هذا الارتباط يتعرض للاختلال فى قسم
ضئيل منه (شكل ٢٢) . ولا توجد هنالك افرازات دموية أو تكون ضئيلة ، ويكون العنق
مغلقا ، وان حجم الرحم يتناسب ومدة الحمل . وتلاحظ الحامل آلاما خفيفة غير حادة
أسفل البطن ، وللآلام عند الاجهاضات المتأخرة طبيعة المنص .

ويمكن ، عند مراعاة النظام الغذائى (هذوء) والعلاج الصحيحين ، الحفاظ على الحمل .
والشرط الضرورى لهذا هو الامتناع عن المجامعة الجنسية وملزمة السرير لمدة ٢-٣ أسابيع .
وينصح بحقن ٥-١٠ مليغرامات من البروجيستيرون يوميا لمدة ١٠ أيام . وتستعمل ، حسب
الدواى (أعراض الطفالة ، نقص وظيفة المبيضين) ، عدا البروجيستيرون الادوية الايستروجينية
بمقادير صغيرة (الايسترون ، الميكروفولين ، الايستراديول -ديبرويونات) . ويمكن وصف
تحاميل البابايرين (بمقدار ٠,٠٢-٠,٠٥ غرام) مرة -مرتين فى اليوم ولا يجوز استعمال

خلاصة اليلادون بالنظر لانه يساعد على انفتاح عنق الرحم . وينصح بتناول فيتامين E بمقدار ملعقة شاي واحدة ٣-٤ مرات في اليوم . ولا تستعمل الادوية الموقفة للتزف (مشتقات Claviceps ، البتوترين وغيرها) لأنها تسبب تقلص الرحم وتساعد على انفصال ييضة الجنين . ولهذا السبب نفسه لا يوصف الرحم ، اكياس الماء الحار ، وكيس الثلج على البطن . الاجهاض البادئ . يكون المنص والاfrازات الدموية عند الاجهاض البادئ غير كبيرة ، غير أنها أكثر وضوحا ، من الاجهاض المنلر . ييضة الجنين تكون منفصلة على مساحة غير



شكل ٢٤ . اجهاض في طريقه الجارى

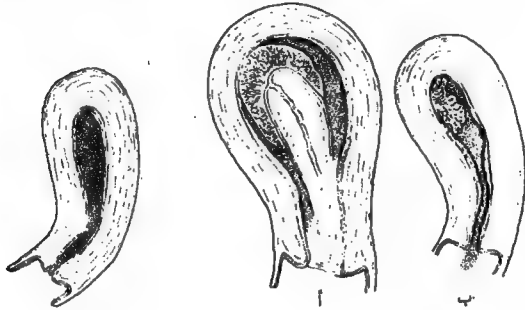
شكل ٢٣ . اجهاض بادئ

كبيرة (شكل ٢٣) ، وهى مازالت فى الرحم ، ولهذا فان حجم الرحم يتفق ومدة الحمل . وتكون قناة العنق مسدودة أو انها تكون مفتوحة قليلا فقط . وينبغى ، عند الاجهاض البادئ ، اتخاذ الاجراءات للحفاظ على الحمل . والعلاج هو نفسه عند الاجهاض المنلر . فاذا اشدت التزف وتحول الاجهاض الى المرحلة التالية ، يجرى تفريغ الرحم .

الاجهاض فى الطريق الجارى . وتتصف المرحلة الحالية للاجهاض ، بأن ييضة الجنين المنفصلة تطرد من الرحم عبر قناة العنق المتوسعة (شكل ٢٤) . ويتضح من الفحص المهبلى ، أن قناة العنق مفتوحة ، حيث تتحدد فيها ييضة الجنين ، التى يبرز قطبها السفلى فى المهبلى . وكثيرا ما يصحب الاجهاض الجارى وخاصة المبكر ، نزيف دموى شديد . ويتلخص العلاج

بازالة بيضة الجنين المنفصلة بطريقة آلية . وينصح عند الاجهاض المتأخر انتظار ميلاد الجنين بصورة تلقائية . وعند التزف الشديد فقط ، يتم تمزيق كيس الجنين وإخراج المشيمة ، بعد ميلاد الجنين ، باليد او بالآلة .

الاجهاض الناقص . يقال ، اذا خرج جزء من بيضة الجنين ، وبقي في تجويف الرحم الجزء الآخر ، بأن الاجهاض ناقص . ويتأخر في الرحم عادة الغشاء المائي ، الغشاء المخلي ،



شكل ٢٦ . اجهاض تام

شكل ٢٥ . اجهاض غير تام .
أ - تأخرت في الرحم جميع الاغشية ، ب - في الرحم بقايا بيضة الجنين

والنفاض والمشيمة أو أجزاء منهم (شكل ٢٥) . والاجهاض الناقص يكون مصحوبا بالتزيف . وقد يكون التزف طويلا ، معتدلا أو غزيرا ، وكثيرا ما تفرز خثر من الدم ، وجزئيات الاغشية المتبقية في الرحم . تسمح قناة عنق الرحم بمرور اصبع ، مع العلم ان المزردين الخارجى والداخلى يكونان مفتوحين . ان حجم الرحم لا يتناسب مداه الحمل : فهو اصغر من هذه المدة بالنظر لتضيق الجوف جزئيا . وان قوام الرحم يكون رنحا .

ان الامر يستدعى ، عند الاجهاض الناقص ، ازالة بقايا بيضة الجنين بالأدوات . ويمكن ان تكون بقايا بيضة الجنين سببا في نشوء نزيف دموى قد يكون خطرا على الحياة ، وأمراض

يكون لها ارتباط بالعدوى . ولهذا ترسل المرأة ، عند الاجهاض الناقص ، بصورة عاجلة الى الطبيب . وتقوم القابلة ، عند الحالة الخطيرة للمرأة باستدعاء الطبيب لتقديم المساعدة في مكانها .

الاجهاض التام . ويسمى بالتام ، أو الممتهى ، في تلك الحالة ، عندما تكون بيضة الجنين قد خرجت من جوف الرحم تماما (تخرج بيضة الجنين أحيانا برمتها) (شكل ٢٦) . فعند الاجهاض التام ينقلص الرحم ، وتسد قناة عنق الرحم ، وينقطع النزف . ويلاحظ الاجهاض التام في المراحل المبكرة من الحمل بصورة أقل جدا من المراحل المتأخرة . ويبقى في الرحم عادة ، عند الاجهاض التام ، الغشاء النفاذى حتى في تلك الحالات حينما تخرج من الرحم بيضة الجنين كاملة . ان بقاء الغشاء النفاذى ، يؤدي الى نشوء افرازات دموية لفترة طويلة ، ونشوء العدوى (الالتهاب النفاذى لبطانة الرحم) . ولهذا ينصح ، بعد الاجهاض التام في المراحل المبكرة من الحمل ، قشط الرحم لغرض ازالة الغشاء النفاذى . ولا تبرز الحاجة الى اجراء الكشط في الاجهاض التام المتأخر .

اجهاض نتيجة الاصابة بالعدوى (الحمى) . كثيرا ما يحدث ، عند حدوث الاجهاض التلقائى لمدة طويلة ، تسرب الميكروبات من المهبل الى الرحم . ويكثر انتقال العدوى على الأخص عند القطع الاصطناعى للحمل بالطرق الممنوعة في غير المؤسسات الطبية . فالميكروبات الواصلة الى الرحم ، تجد ، عند الاجهاض ، وسطا جيدا للنمو ، كالدلم والاجزاء المفصولة من بيضة الجنين .

فالميكروبات النافذة الى الرحم تلوث عناصر بيضة الجنين ويمكن ان تنتقل العدوى . فيما بعد الى الرحم ، البوقين ، والمبيضين ، ووبريتون الحوض والنسيج المخلاى . واحيانا يكون الاجهاض الحادث نتيجة للتلوث ، سببا لنشوء امراض تسمية عامة ، تشكل خطرا على حياة المرأة . ويتوقف تحديد الاصابة في منطقة بيضة الجنين أو انتشارها الى الرحم ونزاع اطاره ، على فوعة الميكروبات ومقاومة جسم المرأة .

فتبعا لدرجة انتشار العدوى يوجد : (١) اجهاض نتيجة حمى غير مختلط ، (٢) اجهاض نتيجة حمى مختلط ، (٣) اجهاض تسمى . فعند اجهاض نتيجة حمى غير مختلط لا تنتشر العدوى الى خارج اطار الرحم ، فالرحم عند الجس غير مؤلم ، ولمسحات الرحم ، ووبريتون الحوض والنسيج المخلاى بلا تغير . فالحرارة لدى المرأة مرتفعة ، والنض سري ، لكنه يتفق والحرارة ، والحالة الصحية العامة مرضية . وتنتشر العدوى ، عند اجهاض نتيجة حمى مختلط ،

الى خارج اطار الرحم ، ويكتشف ، عند الفحص ، ألم الرحم ، وتبدلات في منطقة الملحقات أو البريتون أو في النسيج الخلالي للحوض (ألم ، ارتشاح وغيرها) . فالحالة العامة للمرأة مختلفة ، والحرارة عالية ، وتضايقها الآلام والاختلالات الأخرى .

وتمتاز ، الصورة السريرية لاجهاض نتيجة لتسمم الدم ، بتعيقها وشدة سريانها . فتكون الحالة الصحية للمرضى شديدة والنوم مختل ، والشهية معدومة ، واللسان جاف ، والجلد شاحب وكثيرا ما يكون مشوبا بسحنة صفراء أو رمادية . وتعتبر ، الأعراض المبكرة لاجهاض تسمم الدم ، هي القشعريرة ، الحرارة العالية وازدياد النبض للدرجة كبيرة ، لا تتناسب مع الحرارة . وكثيرا ما ينشأ التهاب الاوردة التجلطى والخراجات الانثائية فى الرئتين ، الكلى ، النسيج الخلالي تحت الجلد والمناطق الأخرى . وقد لا توجد فى الحوض الصغير التهابات بارزة . ان علاج الاجهاضات الناتجة عن التلوث عبارة عن مهمة معقدة للطبيب المولد - النسائي . وان كل امرأة باجهاض نتيجة للتلوث ، يجب ان ترسل الى مؤسسة للعلاج . وتخصص المضادات الحيوية أو السلفات ، عند اجهاض نتيجة حمى غير مختلط ، وبعد ٥ - ٦ أيام من استقرار الحرارة الطبيعية تزال بقايا بيضة الجنين بالمكشنة أو بجهاز تفريغ وفى بعض المؤسسات يجرى اخراج بقايا بيضة الجنين بعد الدخول الى المستشفى مباشرة . عند اجهاض ناتج عن تسمم الدم مختلط تعالج المريضة بالمضادات الحيوية ، السولفات ، المقويات ، والأدوية المزيلة للالم ، والعناية الصحيحة والغذاء الخ . ويجرى ، فى أحوال كهذه ، انتظار ولادة بقايا بيضة الجنين بصورة تلقائية ، لأن كشط جدران جوف الرحم خطر حيث يمكن ان تنتشر العدوى فيما بعد . ويجرى كشط الرحم فقط عند حدوث نزف دموى شديد ، يكون خطرا على حياة المرأة . ولغرض الاسراع بطرد بقايا بيضة الجنين الملوثة تفضل الأدوية التى تزيد من تقلص الرحم (الكنتين ، البيوتيرين) .

الاجهاضات الاصطناعية

يجرى القيام بالاجهاض الاصطناعى حتى ١٢ أسبوعا من الحمل ، فى مؤسسات العلاج حسب رغبة المرأة بقطع الحمل ، او بلعاق طبية . فاذا كانت المرأة لا تستطيع الاستمرار فى الحمل فى الوقت الحالى لسبب ما ، تقوم القابلة بارسالها الى الطبيب . فيجند الطبيب مدة الحمل ويستوضح ما اذا كانت هنالك أسباب تمنع من القيام بقطع الحمل (التهابات الاعضاء التناسلية وغيرها) .

وعند وجود دلائل مانعة ، يمتنع عن القيام بالاجهاض وتنضع المرأة للعلاج .
يجرى القيام بالاجهاض فى مرحلة واحدة بواسطة الادوات الخاصة مع اتباع جميع القواعد الصحية . وللطبيب فقط الحق فى القيام بالعملية فى المستشفى .

ويجرى القطع بعد الـ ١٢ أسبوعاً من الحمل فقط لدواعٍ طبية ، عند وجود أمراض ، يسوء سيرها وتنشأ خطورة على صحة المرأة وحياتها ، عند الحمل . ومن هذه الأمراض : أمراض القلب ، مرض ضغط الدم المرتفع ، التدرن الرئوى الشديد وتلدن الاعضاء الأخرى ، أمراض الكلية ، الكبد ، قرحة المعدة والأثنى عشرى ، والعمليات الجراحية الكبيرة فى السابق وغيرها . وتتسبب ، الى عدد اللواعى الطبية لقطع الحمل ، الأمراض التى تنتقل بالوراثة (الزهرى فى حالته المعدية ، الأمراض العقلية وغيرها) ، وحالة الأم التى تحول دون العناية بالطفل (عدم وجود أطراف ، القسط ، السم ، العمى وغيرها)

ان قطع الحمل فى المراحل المتأخرة منه ، عن طريق كشط الرحم ممنوع ، لانه من الممكن هنا انتقاب الرحم والاصابات الأخرى ، الخطورة على حياة المرأة . ولهذا فان قطع الحمل بعد الأسبوع الـ ١٢ من الحمل ، يتم عند دواعٍ طبية عن طريق تناول الاوكسيتوسين ، والبريستوغلاندين والوسائل الأخرى . ويلجأ عند الضرورة الى حقن محلول ملح الطعام فوق المركز (تركيزه - ١٠٪) داخل الششاء وإلى توسيع عنق الرحم بكيس او العملية القيصرية عن طريق المهبل .

ومن المؤسف أنه لم يوضع حد بعد للاجهاضات الاصطناعية غير القانونية ، التى تقوم بها الحامل نفسها او شخص آخر فى غير ظروف المستشفيات . ولغرض قطع الحمل يجرى حقن الرحم بالمواد الكيميائية ، الموسعات وغيرها من الاشياء ، ويجرى تناول المواد المختلفة الخ . وان كل هذه الطرق تشكل خطراً بالنسبة للمرأة . وينحصر الخطر الرئيسى فى انتقال الميكروبات الممرضة الى جوف الرحم ، التى تستطيع ان تسبب التهابات الأعضاء التناسلية وحتى التسمم العام . وكثيراً ما يحدث نزيف دموى ، يؤدى الى فقر الدم الحاد ، الخطر على حياة المرأة . ويمكن ، عند القيام بالاجهاض عن طريق ادخال ادوات فى الرحم ، ثقب جدار الرحم ، جرح الأمعاء والاعضاء الأخرى والموت . ولا تستبعد أمراض الالتهاب وأذى الرحم والاعضاء الأخرى عند اجراء الاجهاض فى ظروف المستشفى ايضا . ويمكن ان يمتد أمد أمراض الالتهاب التى تحدث بعد الاجهاض وتكون لها عواقب لا تحمد . ويلاحظ ، بعد الاجهاضات المختلطة بالعدوى ، القم ، الحمل خارج الرحم ،

الانقطاع التلقائي للحمل اللاحق . ويمكن أن يحدث للنساء اللاتي يلجأن الى الاجهاضات ، عند الحمل اللاحق ، جيئة بالمشيمة ، رسوخ المشيمة ، ضعف قوى الولادة ، نزيف دموى كبير فى دور الخلاص ودور النفاس . ان أمراض الالتهاب التى تحصل بعد الاجهاض تهيء جدران الرحم للتمزق أثناء الولادة .

الوقاية من الاجهاضات

ان مكافحة الاجهاضات يقوم بها العاملون فى دور التوليد ، العيادات الاستشارية للنساء ، المستشفيات ، مراكز القبالة والمساعدة الطبية . وتلعب القابلات دورا كبيرا فى مسألة تلافى الاجهاضات .

وتتلخص الوقاية من الاجهاضات فى ابعاد الاسباب التى تعرقل تطور الحمل بصورة طبيعية . وتوضع تحت المراقبة فى العيادات الاستشارية ، جميع الحوامل اللاتي لديهن أعراض الطفالة ، واللاتي كانت لديهن اجهاضات تلقائية وولادات قبل الأوان . وتنصح اولئك النسوة بالتزام النظام الصارم (الامتناع عن المجامعة الجنسية ، ممارسة الاعمال الخفيفة ، التغذية الصحيحة الخ) ، وترسل ، عند ظهور أعراض الاجهاض المنذر ، الى المستشفى . ولابعاد النساء الحوامل عن الأمراض المعدية ومعالجة المصابات بالمalaria ، الانفلونزا ، التهاب اللوزات الخ فى الحين ، أهمية كبيرة . وتعتبر التغذية الصحيحة ، خاصة تناول كمية كافية من الفيتامينات اجراء مهما فى الوقاية من الانقطاع التلقائى للحمل . ولاتباع القواعد الصحية فى العمل ، دور هام : تحرير الحوامل من العمل ، المرتبط بتأثير المواد الكيميائية ، الحرارة العالية ، حمل الأثقال ، اهتزاز الجسم وغيرها :

ويتلخص تلافى الاجهاضات الاصطناعية بالعمل بصورة واسعة على التثقيف الصحى واستخدام وسائل منع الحمل . ومن الضرورى شرح ضرر الاجهاضات للنساء بحيث تستخدم لهذا الغرض طريقة الأحاديث على انفراد ، المحاضرات ، الراديو ، الصحافة .

وسائل منع الحمل

لنرض تلافى الحمل ، ينصح باستخدام الوسائل الميكانيكية والكيميائية ، وأدوية الغدد الصماء والوسائل الأخرى . فالوسائل الميكانيكية تعرقل تسرب الحيوانات المنوية الى الرحم ، والكيميائية تخمد نشاطها . وللاستعمال المركب للوسائل الميكانيكية والكيميائية نتائج جيدة .

ويجب ان تكون وسائل منع الحمل عديمة الضرر للجسم . ويمنع استعمال طرق تلافي الحمل ، الضارة للجسم (حقن الرحم باليود والمواد الكيميائية الأخرى ، واستخدام السليمانى وغيرها) . ولا ينصح باللجوء الى المجامعة الجنسية المقطوعة .
وتتنسب الاغلفة الواقية للذكر والأغطية الواقية للأنثى ، التى يتم ادخالها فى المهبل او يعجرى تلييسها لعنق الرحم ، الى وسائل منع الحمل الميكانيكية .



شكل ٢٧ . وسائل منع الحمل .

أ - قطارة واقي ، ب - أغطية واقية تلبس على عنق الرحم ، ج - وسائل داخلية فى الرحم لمنع الحمل

فالتلافى المطاطى الواقى للذكر يمنع وقوع السائل المنوى فى المهبل والرحم ، حيث يبقى المنى المفرز أثناء الجماع الجنسى فى التلافى الواقى .
وتمنع الأغشية الواقية ، المخلطة فى المهبل والملبسة على عنق الرحم ، مرور الحيوانات المنوية الى جوف الرحم . وهناك أنواع مختلفة من الاغشية الواقية للأنثى . وأكثرها راحة

وضمائنا يعتبر الغطاء الواقي المهبل CR (شكل ٢٧ ، أ) ، الذى هو عبارة عن غلاف مطاطى مثبت الى حاشية مرنة . تضغط حاشية الغطاء الواقي بين الأصابع ، ويجرى ادخال الغطاء الواقي بعمق على الجدار الخلفى للمهبل ، حتى أن يصل الطرف السفلى للحاشية الى القبة الخلفية للمهبل ، بعد ذلك تسوى الحاشية ويتم تقريب طرفها العلوى من القبة الأمامية . وعند ادخال الغطاء الواقي بصورة صحيحة ، تتناغم حاشيته بصورة شديدة قبوات المهبل . وتصنع ، الأغشية الواقية التى تلبس على عنق الرحم (شكل ٢٧ ، ب) ، من المطاط ، الالومينيوم ، الفضة او الكاوتشوك . ويمكن التوصية باستخدام الاغشية الواقية فقط عند انعدام الالتهابات ، وتمزقات العنق ، وتحات عنق الرحم والأمراض الأخرى .

وتعقم الاغشية الواقية بالغليان ، وتحفظ فى محلول معقم خفيف . وبعد المجامعة الجنسية يتم اخراج الاغشية الواقية من المهبل . ويمكن للاغشية التى تلبس على عنق الرحم ان تبقى ٢-٣ يام . وينصح ، قبل الاستعمال ، بدهن أطراف الغطاء الواقي بالمعجون المانع للحمل .

وتكون الاغشية الواقية مختلفة الحجم ، فهى تتنقى من قبل الطبيب أو القابلة لكل امرأة تطلب النصيحة من الطبيب .

ويستخدم ، فى الوقت الحاضر ، ادخال أدوات خاصة من مواد صناعية مختلفة ، فى الرحم ، لها شكل حلقات مسطحة صغيرة ، لولب ، اسطوانات متقاطعة الخ وتنتهى بخيط من الكبرون . وتبرز نهايات الخيط من المزرد الخارجى ، فعند سحبها تخرج الأداة من الرحم . ويجرى ادخال هذه الادوات بحوامل خاصة ، بعد تعقيمها ، الى الرحم وتوضع فيه لمدة طويلة (شكل ٢٧ ، ج) .

ويفسر البعض ، المفعول المانع للحمل لهذه الطريقة ، بازدياد نشاط حركة البوقين ، ونتيجة لذلك تخرج الخلية الاثوية قبل التلقيح من الرحم أو بعد التلقيح مباشرة .

ولا تزال قيد الدرس خصائص فعل وعواقب استعمال هذه الادوات .

وتنسب الى مجموعة الوسائل المانعة للحمل الاسفنجيات ، والحشوات الخاصة ، التى تشيع بمحلول الاحماض المخففة أو المواد الأخرى ، التى تخمد نشاط الحيوانات المنوية . ويمكن صنع كريات الحشو من القطن الماص بحجم يناسب عرض المهبل ، وتربط بصورة متقاطعة بشريط . ويكون أحد طرفى الشريط طويلا ، وفائدته لسحب الحشو من المهبل . ويجرى تشريب الاسفنجيات والحشوات بمحلول حامض البوريك أو محلول نخل

الطعام (١ ملقعة طعام من خلل الطعام مع كأس من الماء) أو محلول الكينين بتركيز ١٪ . حيث يجرى ادخالها عميقا فى المهبل قبل عملية المجامعة الجنسية (لتنطية عنق الرحم) ، وتسحب بعد المجامعة الجنسية ويجرى القيام بالفضل بمحلول ما معقم .
يجرى القيام بفضل المهبل عادة بمثابة طريقة تكمل الطرق الأخرى للحماية من الحمل . ويمكن التوصية باستعمال الرحمز ، عند انعدام الوسائل الأخرى لمنع الحمل ، كطريقة قائمة بلداتها فى تلافى الحمل .

ويستعمل عند الضيل محلول حمض الخل أو حمض البوريك (٢-٣ ملاعق شاي مع لتر واحد من الماء) . ويتم القيام بالفضل حالا بعد المجامعة الجنسية .
وترجع الى وسائل منع الحمل الكيميائية ، المعجون الخاص (مثلا «بريكونسول») ، الكريات ، الحبوب ، التى تدخل فى تركيبها المواد التى تؤثر بصورة سامة على الحيوانات المنوية (الكينين ، الكينوزول ، غراميتسولين ، الاحماض الخفيفة وغيرها) .
ويجرى ادخال المعجون ، والحبوب فى المهبل قبل عملية المجامعة الجنسية . فهى تلوب فى المهبل وتحيط عنق الرحم وجدران المهبل .

ان الاستمرار على استعمال نفس الوسيلة لا جلوى منه ، فيجب تغيير الوسائل المانعة للحمل . وان وصف الوسائل المانعة للحمل وابدالها يتم عادة بواسطة الطبيب ، وتقوم القابلة بتعليم النساء على تغيير الوسيلة الموصوفة ، بصورة صحيحة ، وتساعد الطبيب على القيام بالعمل التنظيلى والتتقى .

وتستعمل فى السنوات الأخيرة الوسائل المانعة للحمل ، التى ينحصر مفعولها فى اخمداد عملية الاباضة . ويتم الوصول الى ذلك ، عن طريق استعمال الحبوب ، التى تدخل فى تركيبها الأدوية الايستروجينية والجيستاجينية (تأثير بروجستيرونى) . ان استعمال الحبوب (انفيكوندين ، اينويد وغيرهما) (من اليوم ٥ حتى اليوم ٢٥ من الدورة) يؤدى الى عرقلة الاباضة 'و يتم موت الخلية الانثوية الملقحة فى المراحل المبكرة من النمو . وتحدث أحيانا ظواهر عارضة (غثيان ، افرازات دموية وغيرها) . ولا ينصح باستعمالها طويلا (لمدة أطول من عام واحد) ، ومن الضرورى تناوب هذه الطريقة مع الطرق الأخرى .

ان تنظيم الحياة الجنسية ايضا يصلح ان يكون اجراء للحماية من الحمل . وينصح بالامتناع عن المجامعة الجنسية فى المدة الواقعة بين اليوم ١١-١٢ وحتى ١٩-٢٠ من الدورة .

الولادة قبل الأوان (partus praematurus)

تعتبر الولادة قبل الأوان عندما تحل بعد الأسبوع ٢٨ وحتى الأسبوع ٣٩ من الحمل ، ويكون الجنين المولود قبل الأوان مخلوجا ، غير أنه قادر على الحياة .

ان مدة الولادة قبل الأوان ودرجة عدم تمام الجنين تتحدد بمجمل السوايق والمحصص الموضوعى للحامل والجنين المولود . ويلعب تحديد الطول ، الوزن والعلامات الأخرى ، التى تنصف بها حياة الجنين داخل الرحم ، دورا هاما .

الأسباب . يمكن ان تحدث الولادة قبل الأوان نتيجة لنفس الاسباب ، التى تسبب الاجهاضات التلقائية (الأمراض ، التسمم ، الطفالة وغيرها) . ومما يهئ للولادة قبل الأوان هو الاجهاضات والتسمم الحمل المتأخر (اعتلال الكلية ، طليعة التشنج الحمل ، التشنج الحمل) ، اختلال وظيفة الغدد الصماء والجهاز العصبى .

سير الولادة قبل الأوان . تجرى الولادة قبل الأوان على شكل ولادة عادية : ينشأ نشاط ولادى ، ويجرى استواء العنق وانفتاح المزد ، وتخرج المياه ، فيولد الجنين ومن ثم المشيمة . غير ان الاختلاطات التى تحدث أثناء الولادة قبل الأوان هى أكثر من الاختلاطات عند الولادة العادية . وأكثر اختلاطات الولادة قبل الأوان انتشارا هو خروج المياه المحيطة بالجنين قبل الأوان (وفى وقت مبكر) وضعف قوى الولادة .

وكثيرا ما تحصل ، عند الولادة قبل الأوان ، جينات بالحوض ، وضعيات مائلة ومستعرضة للجنين ، نزيف دموى أثناء الولادة ، خاصة فى دور النفاس . ويلاحظ الاختناق ، والصدمة الولادية داخل جمجمة الجنين والولادات الميتة بصورة أكثر ، مما هو عليه عند الولادات العادية .

الوقاية والعلاج . ان التأثير السئ للولادات قبل الأوان على الأم والجنين يتطلب ضرورة اجراء وقاية دقيقة على الأخص من الولادة قبل الأوان . ومن اجراءات الوقاية : الحياة المنتظمة والغذاء الصحيح للحامل ، الحماية من العدوى والتسمم ، اكتشاف أمراض الحامل ومعالجتها فى الحين .

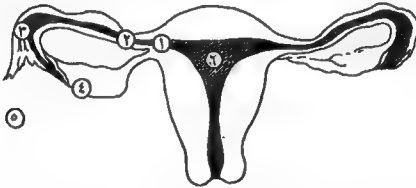
وترسل الحامل ، عند ظهور علام تدل على انقطاع الحمل قبل الأوان (ظواهر ألم ، افرازات ضئيلة مخلوطة بالدم) الى قسم (رددة) أمراض الحمل فى دار التوليد . ويطلب منها ملازمة السرير ويخصص لها البروجيسترين ، ولتحاميل المزيله للألم ، والفيتامينات .

ويتطلب ، عند القيام بالتوليد المراقبة الدقيقة لحالة الأم والجنين . ويستعمل ، عند الضرورة ، تنبيه النشاط الولادى ، والوقاية من احتناق الجنين والاشكال الأخرى من المساعدة تبعا لخصائص سير الولادة . ومن الضروري مس رأس الجنين باعتناء شديد ، عند الدفاع عن العجان ، وحماية الطفل المولود على الأخص من البرودة والعدوى .
ان النقصاء بعد الولادة قبل الأوان والطفل المولود يكونان بحاجة الى العناية الخاصة .

الباب الرابع

الحمل خارج الرحم

تنتقل الخلية الانثوية الملقحة ، فى الظروف الطبيعية بواسطة البوق الى الرحم وتنغرس فى غشائه المخاطى . فاذا كانت شروط تقدم الخلية الانثوية مختلفة ، تنغرس خارج الرحم ويحصل حمل لارحمى (فى غير مكانه — graviditis extrauterina) . ويمكن ان يكون مكان الغرس البوق (حمل بوقى) ، المبيض (حمل مبيضى) ، البريتون (حمل بريتونى) (شكل ٢٨) . واكثر انواع الحمل انتشارا هو الحمل البوقى ، فهو يشكل



شكل ٢٨ . مكان غرز اليضة عند الحمل خارج الرحم .
١ - فى القسم العلوى من البوق ، ٢ - فى القسم البرزخى من البوق ، ٣ - فى القسم الايلى من البوق ، ٤ - فى المبيض ،
٥ - فى جوف البطن ، ٦ - باطن الرحم

٩٩٪ من جميع حالات الحمل اللارحمى . ولهذا فان مفهوم « الحمل اللارحمى » و « الحمل البوقى » يتطابقان عادة .

الأسباب . اكثر أسباب حدوث الحمل اللارحمى انتشارا التغيرات التى تعود الى التهاب البوقين . فنتيجة للالتهاب تنشأ فى البوق ثنيات ، ضيق ، التثامات ثنيات التشاء المخاطى والتغيرات الأخرى ، التى تحول دون تقدم البويضة الى الرحم ، فتترسب اليضة فى البوق

وتنفرس فى جداره . فيختل تمعج الابواق نتيجة للالتهاب ، مما يعرقل ظروف تقدم البيضة ويساعد على حدوث الحمل خارج الرحم .

وكثيرا ما يحدث الحمل اللارحمى نتيجة للطفالة — نقص نمو الاعضاء التناسلية . ويكون البوقان ، عند الطفالة ، طويلين ملتوين ، وباطنهما ضيقا وتمعج ضعيفا . فتقطع الخلية الانثوية الملقحة طريقا طويلا الى حدا ما ، ونتيجة لضعف التمعج فان تحركها يكون بطيئا وتنمو البيضة الملقحة ، خلال فترة تقدمها الطويلة فى البوق الضيق والطويل ، الى درجة تكتسب فيها الصفات التروفوبلاستية والقدرة على الانغراس . ولهذا فهى ترسب فى البوق وتنفرس فى جداره .



شكل ٢٩ . اجهاض بوقى .

أ - انفصال بيضة الجنين عن جدار البوق ، ب - طرد بيضة الجنين من البوق

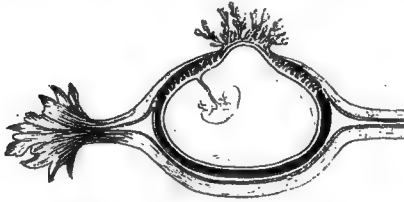
ويمكن أن يحدث الحمل اللارحمى نتيجة لحقن جوف الرحم باليود ، الذى يسبب اختلال مروية الابواق . ان ارضاع الطفل لمدة طويلة جدا يؤدى الى انخفاض النشاط التقلصى للابواق (تمعج الابواق) . فاذا تم ، فى هذا الوقت ، التلقيح ، فان البيضة مستقومة بالتقدم بصورة بطيئة ، ويمكن ان ترسب وتنفرس فى البوق .

التغيرات فى البوق . تغوص البيضة الملقحة ، عند الحمل فى الرحم ، فى سمك الغشاء المخاطى النامى بنزارة ، ولا ينفلد حمل الخوريون أعظم من الطبقة المرصومة من الغشاء المخاطى . والغشاء المخاطى للبوق رقيق ، لهذا فهو سريع التمزق أمام حمل الخوريون . ويقوم الحمل ، بعد تمزق الغشاء المخاطى ، باختراق الغشاء العضلى للبوق ، صاهرا بذلك الاحزمة العضلية والاوعية الدموية والمقاوية التى تصادف . وكقاعدة ، فان الحمل اللارحمى ينقطع فى الأسبوع ٥ - ٦ ، وبصورة أقل فى الشهر الثانى أو الثالث . ويتم انقطاع الحمل البوقى على غرار الاجهاض البوقى او على غرار تمزق البوق .

وتنفصل بيضة الجنين ، عند الاجهاض البوقى ، عن جدار البوق (شكل ٢٩ ، أ) ، فتموت ، وتتسبع بالدم وتتهار بالتلويج ويبدأ البوق بالتقلص بشدة ، ونتيجة لذلك يتم طرد

بيضة الجنين المنفصلة ، من البوق الى جوف البطن (شكل ٢٩ ، ب) . ويصحب انفصال بيضة الجنين نزيف دموى ، ويتجمع الدم حول البوق أو فى جوفه . ويلتخل الدم ، عند الترف الشديد ، فى جوف البطن ويسيل عادة فى فراغ دوغلاس ، مكونا وراء الرحم وربما دمويا . وفى حالات نادرة جدا ، فان بيضة الجنين المنفصلة لا تموت ، بل تنغرس فى البطن - ويحصل حمل بطنى .

ويتم تمزق البوق نتيجة لتمزق جميع طبقاته (المخاطية ، العضلية ، والغطاء البريتونى) بفعل حمل الخوريون (شكل ٣٠) . ولا يلعب العامل الميكانيكى ، المتعلق بتمدد البوق



شكل ٣٠ . تمزق البوق

بالبيضة النامية ، دورا ذا أهمية فى تمزق البوق . فالخوريون يمزق جميع أنسجة البوق ، وبضمنها الأوعية الدموية . وينشأ عند تمزق البوق عادة نزيف شديد فى البطن ، الذى يؤدى الى فقر الدم الشديد . ولما يصحب الاجهاض البوقى فقدان الدم الشديد .

الصورة المرضية . ان اعراض الحمل اللارحمى متنوعة ، وهى يتوقف على المرحلة التى يمر فيها الحمل اللارحمى ، وعلى نوع الاختلال فى الحمل (تمزق أو اجهاض) ، ودرجة التزيف الداخلى ورد فعل الجسم على فقدان الدم .

مع استمرار الحمل خارج الرحم تلاحظ الدلائل العادية للحمل المبكر : تبدل اللونق ، الغثيان ، قساوة الثديين ، تأخر الحيض ، ازرقاق الششاء المخاطى للمهبل وعنق الرحم . ويكون الرحم عادة رخوا ومتضخما شيئا ما ، ويتسنى أحيانا لمس البوق الحامل متضخما الى حد ما ولينا نوحا ما .

ومن العسير تشخيص الحمل اللارحمى المتقدم. وان كشف الأعراض المميزة للحمل اللارحمى يتم عند حلول الاجهاض البوقى او تمزق البوقى . الا أن الصورة السريرية للحمل اللارحمى المختل ليست واحدة أيضا ، فالاعراض عند تمزق البوقى أوضح بكثير مما هى عليه عند الاجهاض البوقى .

يتصف اختلال الحمل اللارحمى من نوع تمزق البوقى ، ببداية مفاجئة حادة وتطور سريع للصورة السريرية الشديدة . فتنشأ ، عند المرأة ، نوبة من الألم الشديد جدا أسفل البطن ، المرفوق بالغيبوبة او بحالة شبه غيبوبة . ويرتد الألم فى الكتف ، ولوح الكتف ، والشرح . ويظهر ، بناء على اشتداد التزيف ، شحوب الجلد والاعشية المخاطية الظاهرة ، وازدياد النبض ، وهبوط الضغط الشريانى . يتسرع التنفس ، وينشأ فى الحالات الشديدة التقبؤ ، ويغطى الجلد بالمرق ، وتنخفض الحرارة . فالبطن منتفخ ، مؤلم عند الجس ، وعرض « شيوتكن - بلومبيرغ » موجب .

ويتبين ، عند القرح على البطن ، اكلال فى منطقة تجمع الدم المنسكب (الاماكن المنخفضة من البطن ، الاقسام الاربعة) ، وعند اضطجاع المريضة على جانبها ، فان المناطق ذات الصوت الخافت عند القرح تتغير ، لأن الدم المتجمع يسيل الى ذلك الجانب الذى ترقد عليه المريضة .

وعند الاجهاض البوقى تكون الصورة السريرية المتندرة أكثر ندرة. ويلاحظ عادة شحوب الجلد والاعشية المخاطية، لكن النبض والضغط الشريانى لا ينخفضان بشدة . والشاء النموذجى هو نوبات من جهة واحدة والتى تكون مصحوبة بالدوار او حالة شبه اغماء . وكذلك كما هو الحال عند تمزق البوقى ، فان الآلام ترتد فى لوح الكتف ، الرقبة ، الشرج ، المهبل . وتلاحظ ، عند اختلال الحمل اللارحمى عادة ، افرازات دموية عاتمة فضيلة ، واحيانا شبيهة بالقطران ، من الرحم . واحيانا تشوب الافرازات جزيئات من الغشاء المخاطى المتفكك للرحم ، الذى يتحول عند الحمل اللارحمى الى غشاء نفاضى ، واحيانا يخرج الغشاء النفاضى من الرحم بكامله .

ومن الملاحظ عادة ازرقاق الغشاء المخاطى للمهبل وعنق الرحم ، وكثيرا ما يسبب تحريك العنق الى الامام وجس القبة الخلفية الاحساس بالألم. وجسم الرحم كبير نوعا ما ولين. اذا تكونت فى البوقى أو حوله خثر من الدم ، فانه بالقرب من الرحم يجس تكوين طرى نوعا ما حساس ، له شكل غير منتظم وحلود غير واضحة . واذا تكون خلف الرحم ودم دموى ،

فانه يتم استئواء او تحلب القبة الخلفية ، مع العلم ان الرحم يتحول الى الامام . وعند تمزق البوق ، حينما يسيل الدم فى البطن ، فان البوق الحامل يتم لمسه بصعوبة أحيانا أو حتى يتعذر تحديده .

وعند وجود صورة سريرية واضحة ، فان تشخيص الحمل اللارحمى لا يشكل صعوبة . ويصبح التشخيص معقدا فى تلك الحالات حينما تكون الاعراض غير واضحة بصورة كافية وسير المرض ليس شديدا . وكثيرا ما تلاحظ مثل هذه الخصائص للصورة السريرية عند الاجهاض البوقى ، عندما يتعلم فقدان الدم الشديد . ويمكن ان ينشأ ، فى حالات كهذه ، شك بوجود التهاب ، اجهاض ، التهاب الزائدة الدودية والأمراض الأخرى .

وللتعرف على السوابق بالتفصيل ، أهمية حيوية فى التأكد من تشخيص الحمل اللارحمى . وللحمل اللارحمى ، بالمقارنة مع الالتهابات ، التهاب الزائدة الدودية والأمراض الأخرى ، صفات مميزة هى نوبات الألم والافرازات الدموية المعتمدة الطلاقية ، التى تحدث بعد تأخر الحيض (وقد يكون كل ما فى التأخر هو عدة أيام) . وما يساعد على التشخيص هو الفحص الموضوعى المسهب للمريضة . وتستخدم ، فى الحالات المشكوك فيها ، طرق اضافية فى التشخيص : بزل جيب دوغلاس عبر القبة الخلفية ، الاختبار المناعى الخ . ان الحصول على الدم ، عند البزل ، يؤكد تشخيص الحمل اللارحمى وان النتيجة السلبية لا تنفى وجود الحمل اللارحمى ، لأن الدم يكون أحيانا متخثرا حول البوق ولا يقع فى جيب دوغلاس .

العلاج . يعالج الحمل اللارحمى جراحيا ، ويتلخص العلاج فى استئصال البوق الحامل . ويتم اجراء العملية ، حالما يتم التشخيص حتى عندما تكون حالة المريضة مرضية . ويستند هذا المسلك على انه قد يحدث عند الحمل اللارحمى ، فى أية لحظة زيف فى البطن مرة أخرى . وعند الصورة السريرية الشديدة تجرى عملية مستعجلة ، قتل الدم ، ويجرى استعمال أدوية القلب والطرق الأخرى فى مكافحة فقر الدم والصدمة .

وبالنظر لخطورة الحمل اللارحمى ، يجب ارسال المرأة الى المستشفى حالا بعد وضع التشخيص ، والارسال الى الطبيب ضرورى أيضا عند الشك فى وجود حمل لارحمى . ويجرى ، عند وجود علامات الحمل اللارحمى المنقطع ، اىصال المرأة الى المستشفى بواسطة أكثر وسائل النقل راحة (سيارة ، طائرة) بصحبة القابلة .

ان الحمل فى المبيض والبطن يوجد بصورة نادرة . فالصورة السريرية للحمل المبيضى تكون مطابقة لصورة الحمل البوقى .

نادرا ما يستمر الحمل البريتوني مدة طويلة ، الا ان هناك حالات معروفة استمر فيها الحمل البطني الى نهايته . فى حالات كهذه يقع الجنين المغطى بالاغشية ، بين الاعضاء الداخلية ، وتثبت المشيمة الى البوق ، البريتون او الاعضاء الداخلية . ويكون سير الحمل شديدا ، وغالبا ما يموت الجنين ، ويتعرض الجنين الميت الى التحلل والتفكك الظاهر او التركز الموميائى . وهناك حالات لوحظ فيها تفقيح الجنين المتحلل نتيجة لانتقال العدوى من الامعاء . ويمكن نتيجة لاتفصال المشيمة حدوث نزيف دموى شديد داخل البطن . ويجرى علاج الحمل المبيضى والبطنى بطريقة جراحية . وتتدخل الوقاية ، من الحمل اللارحمى ، فى مكافحة الطفالة (حفظ صحة الأطفال) ، أمراض الالتهاب ، الاجهاضات (العمل التوجيهى ، الوسائل المانعة للحمل) ، التى كثيرا ما تؤدى الى الالتهابات . ومن الضرورى ، بعد اجراء العملية الجراحية ، معالجة المرأة ، كى يتم تلافى احتمال وقوع حمل لارحمى ثانية .

الجئنة بالمشيمة . انفصال المشيمة المتوضعة بصورة طبيعية ، قبل الاوان

الجئنة بالمشيمة

الجئنة بالمشيمة (placenta praevia) يسمى اختلاط الحمل الخطر ، الذى تثبت فيه المشيمة (مكان الطفل) فى القلفة السفلية ، غارقة بصورة كاملة او جزئيا المزرد الداخلى للرحم ، وتقع المشيمة أسفل الجزء المتقدم .
هنالك الانواع التالية من الجئنة بالمشيمة .



شكل ٣١ . انواع جئنة المشيمة .

أ- جئنة طرفية المشيمة ، ب - جئنة جانبية للمشيمة ، ج - جئنة مركزية للمشيمة

- ١- جئنة طرف المشيمة (placenta praevia marginalis) . يقترب من المزرد الداخلى طرف المشيمة فقط . وتجنس ، عند افتتاح المزرد ل ٢-٣ أصابع ، الاغشية الملساء للكيس والطرف الضيق للمشيمة من الجانب (شكل ٣١ ، أ) .
- ٢- الجئنة الجانبية للمشيمة (placenta praevia lateralis) . تسد المشيمة بجانبها المزرد الداخلى : يجس ، عند افتتاح المزرد ل ٢-٣ أصابع ، على طول المسافة تقريبا نسيج المشيمة وقسم غير كبير فقط من الأغشية (شكل ٣١ ، ب) .

٣- الجيئة المركزية للمشيمة (placenta praevia centralis) . يقع فوق المزدرد الداخلى مركز (او تقريبا مركز) المشيمة ، فعند انفتاح المزدرد ل ٢- ٣ أصابع يجس نسيج المشيمة فقط (شكل ٣١ ، ج) . ولا يمكن أبدا عند الفحص المهبلى للمرأة ، معرفة ما اذا كان مركز المشيمة يقع فوق المزدرد الداخلى . ولهذا فان تشخيص الجيئة بالمركز يوضع فى جميع الحالات ، حينما يتعين ، عند انفتاح ل ٢- ٣ أصابع فقط نسيج المشيمة بدون أغشية .

٤- كما ويوجد تثبت منخفض للمشيمة . تثبت المشيمة فى الفلقة السفلى ، ويدنو

طرفها قريبا من المزدرد الداخلى ، فلا يمكن جسها حتى عند الانفتاح التام للمزدرد . ويتحول نوع ما من جيئات المشيمة ، فى عدد من الحالات فى مجرى الولادة ، الى نوع آخر . فمثلا ، عند انفتاح غير كبير (ل ١ - ١ ١/٢ اصبع) يتم الى جانب الأغشية جس طرف غير كبير فقط من المشيمة (جيئة طرف المشيمة) ، وعند الانفتاح المقبل يتعري قسم كبير من المشيمة (يمكن ان تصبح الجيئة جانبية) . عدا ذلك فان الجيئة التى تظهر فى البداية كأنها جانبية ، يمكن ان تتحول الى طرفية ، وذلك لأنه ، عند الانفتاح المقبل للمزدرد ، تتعري الأغشية فى الغالب .

يقترح بعض أطباء التوليد ، أخطين بعين الاعتبار . التصنيف التقريبى الموصوف لانواع جيئات المشيمة التمييز بين الجيئة التامة وغير التامة . فاذا كان ، عند انفتاح المزدرد ل ٢- ٣ أصابع ، يتحدد نسيج المشيمة ، كانت الجيئة تامة ، واذا كان عند نفس الانفتاح ، يتحدد الأغشية ونسيج المشيمة ، كانت الجيئة غير تامة .

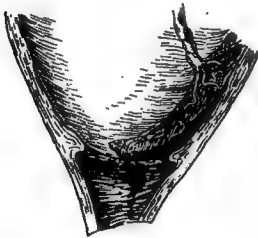
وقلما توجد جيئة للمشيمة فى المتق (placenta cervicalis) ، عندما تنمو المشيمة فى قناة عنق الرحم (او فى قناة العنق والبرزخ) .

الاسباب . تنفذ بيضة الجنين عادة فى الغشاء المخاطى للرحم فى الفلقة العليا منه ، على مستوى ابتعاد بوقى الرحم . فاذا تم غرس بيضة الجنين فى الفلقة السفلى ، نشأت جيئة المشيمة . ان ما يساعد على غرس البيضة فى الفلقة السفلى ونشوء جيئة المشيمة هو عمليات الالتهاب ، الضمور والعمليات المرضية الأخرى فى الغشاء المخاطى للرحم . وتحتل ، فى الغشاء المخاطى الذى يتعرض للتغير المرضى ، ظروف انغراس البيضة ، ولهذا تهبط البيضة الى أسفل ، وتوقف فى الفلقة السفلى ، بالقرب من المزدرد ، وتنغرس فى هذا المكان . ويمكن ان تنشأ جيئة المشيمة على ضوء التهاب بطانة الرحم التسمى والسيلاى ، وما يهين لجيئة المشيمة هو الاجهاضات ، خاصة المتعددة والمختلطة بعملية التهاب . ومن الممكن ان تتكون جيئة

المشيمة نتيجة نمو عمل الخوريون على مدى كبير : فهو يشغل المنطقة المجاورة لـ decidua basalis ، ويتحول الى منطقة decidua capsularis ويمكن ان تمتد المشيمة ، عند ازدياد في نمو الحمل كلها ، الى المزرد الداخلى وتحجبه .
عواقب الجيئة بالمشيمة . ان الجيئة بالمشيمة أمر مسمى بالنسبة للأم وللجنين ، والجيئة بالمركز (التامة) تشكل خطرا كبيرا .

وتتوسع الاوعية الدموية بشدة ، فى الفلقة السفلى وعقب الرحم عند جيئة بالمشيمة ، وتطول ، وتحتوى على كمية كبيرة من الدم . فنسيج عقب الرحم يكون مزودا بالأوعية بصورة وفيرة

١١١



(يشبه النسيج الكهفى) ، وطريا ، يتمزق بسهولة عند التدخل باعثناء غير كاف . وينشأ من الأوعية الممزقة نزيف دموى شديد يهدد حياة المرأة . وتتوسع ، فى الأشهر الأخيرة من الحمل ، الفلقة السفلى من الرحم ، وتوسع القطب السفلى المتضاعف لبيضة الجنين مع الجزء المتقدم ، ويتمدد جدار الفلقة السفلى ويتحول ، فى بعض مواضعها ، من سطح المشيمة . فتتفصل ، فى هذا التحول ، أقسام منفردة من المشيمة من مكان تثبيتها ، وتتمزق الأوعية الدموية الرحمية — المشيمية وتنزف دما .

شكل ٣٢ . يجرى انفصال المشيمة المتقدمة والتزف الدموى دائما عند تقلص عضلات الرحم وانكماشها

ويمكن ان يبدأ التزف الدموى^٢، عند الجيئة بالمشيمة ، فى الأشهر الاخرة من الحمل ويشد أثناء الولادة ، ويبدأ للتزف أحيانا من لحظة بدء نشاط الولادة . وتتفصل الفلقة السفلى وحاشية مزرد الرحم ، بالنظر لانكماش عضلات الرحم ، وتنسحب من سطح المشيمة ، وتتفصل بالنتيجة المشيمة من مكان تثبيتها (شكل ٣٢) . فكلما كانت تقلصات الرحم وافتتاح المزرد أشد ، كلما كان انفصال المشيمة اكبر . وكثيرا ما يأخذ ، التزف من الأوعية الممزقة للرحم فى موضع انفصال المشيمة ، طابع الخطورة . ويجرى التزف من جسم الأم ، فالجنين لا يفقد الدم ، لأن أوعيته لا تتعرض للتمزق . الا ان الجنين مهلدا بالاختناق ، لأن الجزء المنفصل من المشيمة لا يستطيع المساهمة فى عملية تمثيل الغازات لدى الجنين . ويسوء

التنزي بالعاقة بالنسبة للجنين عند الجئة بالمشئمة وذلك لانه غالبا ما يقتضى الأمر اللجوء عند الولادة الى العمليات الجراحية التى ليست على حدّ سواء لديه . وتساعد الجئة بالمشئمة فى نشوء الأمراض التى تعود الى انتقال العدوى . وتعتبر خثرات الدم فى موضع انفصال المشئمة ، وسطا غذائيا جيذا للميكروبات ، التى تنفذ عن طريق المهبل ، ومما يساعد على نمو العدوى هو فقر الدم ، الذى يؤدى الى ضعف مقاومة الجسم .

ويلاحظ أحيانا نبت حمل المشئمة المتقدمة بصورة عميقة ، فيختل فى حالات كهذه سير دور الخلاص ، ويتأخر انفصال المشئمة ، ويشند فقدان الدم .

ويحصل تقدم المشئمة او الجئة بالمشئمة مرّة واحدة تقريبا فى كل ٥٠٠ - ٦٠٠ ولادة ، وفى الأغلب فان هذه الحالة المرضية تلاحظ عند متكررات الحمل ، واللاتى كانت لديهن أمراض التهابية فى الرحم بعد الاجهاضات والولادات . وتلاحظ جيئات مركز المشئمة ، بصورة أقل بكثير من جيئات جانب وطرف الخلاص .

الصورة المرضية . يعتبر النزف الدموى من الطرق الجنسية ، أهم علامة للجئة بالمشئمة . فعند جيئة مركز المشئمة يبدأ النزف عادة خلال ٢ - ٣ أشهر أخيرة من الحمل ، وعند الجئة بجانب المشئمة - فى نهاية الحمل أو فى بداية الولادة ، وعند الجئة بالطرف - فى الدور الأول من الولادة . وعند تثبت منخفض للمشئمة ، يبدأ النزف ايضا فى دور الافتتاح ولا يبلغ عادة درجة عالية .

يبدأ النزف فى أواخر الحمل عادة بصورة مفاجئة ، دون اية أسباب ظاهرة ، وأحيانا ليلا فى الفراش . والنزف بلا ألم ، وله أحيانا طبيعة افرازات دموية خفيفة مستمرة ، وتخرج أحيانا فى حين واحد كمية كبيرة الى حدّ معين من الدم السائل أو المتخثر ، ومن ثم يتوقف النزف ليعود بعد مدّة غير معينة . ويستمر النزيف هذا بشكل نوبات حتى الولادة . ويصل النزف أحيانا درجة عالية ، حيث يقتضى اللجوء الى التوليد ، نتيجة للخطر على الحياة ، قبل الألوان . ومع ظهور النشاط الولادى يشتد النزف ، عند الجئة بمركز المشئمة ، فالدم أحمر فاتح اللون ، سائل ، وأحيانا مع خثرات ، يفرز بدفعات كبيرة أو دون انقطاع ، ويمكن أن تفقد المرأة خلال وقت قصير كمية حوالى لتر واحد وأكثر من الدم ، ويمكن أن تموت المرأة ، اذا لم تقدم المساعدة الطبية فى الحين ، نتيجة فقر الدم الحاد . واذا بدأ النزف ، عند الجئة بجانب المشئمة ، أثناء الحمل ، فانه أثناء الولادة ايضا يشتد وقد يأخذ طابع الخطورة . ويحصل النزف ، عند الجئة بطرف المشئمة ، فى دور الافتتاح ولا تشكل عادة خطرا . ويتوقف ، بعد

تمزق كيس الجنين ، انفصال المشيمة ، فيهبط الرأس ، ويضبط على المشيمة ، ويتوقف عادة النزف .

ويعتبر فقر الدم ، الذى تتناسب درجته مع شدة النزف الدموى من الطرق التناسلية ، عرضا بارزا بوضوح للجئية بالمشيمة . فيظهر شحوب الوجه والاعشية المخاطية ، وتسرع النبض ، وعند النزف الشديد ينخفض الضغط الشريانى ، ويظهر الدوار ، والضعف فى الأذان ، والغشاوة فى النظر ، ويمكن ان تموت المرأة اذا ما تأخرت المساعدة الطبية .

تحول الجئية بالمشيمة دون هبوط الرأس فى القفلة السفلى . نتيجة لذلك يكون الرأس حى نهاية الحمل عاليا فوق منخل الحوض أو أن يميل الى هذه الجهة أو تلك . وكثيرا ما يلاحظ ، عند الجئية بالمشيمة ، تقدم الحوض ، والوضعيات المستعرضة والمائلة للجنين . وفى حالات كثيرة نسبيا تحمل الولادة قبل الأوان ، وكثيرا ما ينشأ ضعف الولادة وتغير ضربات قلب الجنين .

تشخيص الجئية بالمشيمة . ان اى نزف دموى فى الأشهر الأخيرة من الحمل وفى الدور الاول من الولادة هو موضع شك بالنسبة لجئية بالمشيمة وإن بدء النزف بصورة مفاجئة ويكون آلام يكون مرتبطا قبل كل شئ بهذه الحالة المرضية . وإن وقوف الجزء المتقدم من الجنين عاليا فى حوض طبيعى ، يؤكد افتراض وجود الجئية بالمشيمة .

ويجرى التأكد من التشخيص عند الفحص المهبلى . ويقوم بالفحص المهبلى طبيب فى المستشفى عند الالتزام الدقيق بقواعد التطهير ، والاهتمام الشديد ، فالفحص غير الحصىف يؤدى الى انفصال قاع للمشيمة واشتداد النزف . فعند انفتاح العنق يحس خلف المزرد مباشرة نسيج المشيمة الرخو نوعا ما ، وعند الجئية الجزئية تتعين بالقرب من نسيج المشيمة أغشية كيس الجنين . وليس هناك داع لدفع الاصبع خلف أطراف المزرد ، لان ذلك يساعد على ازدياد الانفصال واشتداد النزف .

ولغرض استبعاد المصادر الأخرى للنزف بصورة تامة (السرطان ، بوليب العنق ، تمزق العقدة الدالية ، الكدمة) لا بد من فحص كل امرأة ، اصيبت بالنزف بالمنظار .

وللتأكد من تشخيص الجئية بالمشيمة تستعمل فى بعض المؤسسات طريقة تخطيط المثانة . فتحقق المثانة بمادة متباينة ، ويجرى القيام بالتخطيط بأشعة رونتجين وتقاس المسافة بين المثانة والرأس . فعند الجئية بالمشيمة تزداد المسافة بين المثانة والرأس .

علاج الجئية بالمشيمة . ان النزف الدموى فى النصف الثانى من الحمل يعتبر داعيا للدخول الإلزامى والمستعجل للحامل الى المستشفى . ومن الضرورى ارسال الحامل مع قابلة

الى المستشفى حتى وان كانت الافرازات ضئيلة ومقطوعة . حيث قد يتجدد النزف فى أية لحظة ويأخذ طابع الخطورة .

ف عند الجيئة بالمشيمة ، تنشأ ضرورة استعمال العمليات القبالية المختلفة واجراءات العلاج الأخرى . فى كل حالة على انفراد ، يقتضى انتقاء أنسب طريقة للعلاج بالنسبة لهذه المرأة . وعند اختيار طريقة العلاج يؤخذ بالاعتبار : شدة فقدان الدم ودرجة فقر الدم ، درجة تهيج طرق الولادة للتوليد ، درجة تمام الجنين وحالته (حى ، مختنق الخ) . وتبعا للعلامات المذكورة يخصص للبعض العلاج غير الجراحى ، ولل بعض الآخر — عملية مستعجلة الى حد العملية القيصرية .

فمعالج المصابة بالادوية أثناء الحمل ، وعندما يكون فقدان الدم ضئيلا ، لا يسبب فقر دم شديد . فيخصص فى حالات كهذه ملازمة الفراش بشدة ، تكرار نقل كمية غير كبيرة من الدم ، وحمية غنية بالفيتامينات . وتراقب بامعان الحالة الصحية للحامل ، المفرزات من الطرق التناسلية والنضض والضغط الشريانى ، ويجرى بصورة دورية تحليل الدم ، لكى لا يفلت اشتداد فقر الدم ، الذى كثيرا ما يلاحظ عند الافرازات الدموية غير الغزيرة ، لكنها لفترة طويلة . ويجرى التوليد جراحيا ، عند استمرار النزيف الدموى وانخفاض كمية الهيموغلوبين والكريات الحمر ، ويتم اجراء التوليد الجراحى بصورة مستعجلة ، بدلائل حيوية ، اذا ما كان النزف غزيرا .

ويلجأ ، تبعا لشدة النزف ، وحالة المرأة ، ونوع جيئة المشيمة الخ ، الى إحدى العمليات الجراحية التالية :

تمزيق أغشية الجنين . ينصح ، عند جيئة بطرف المشيمة ، ووضعية طولية للجنين وانفتاح للمزود ١ - ٢ أصابع ، فتح كيس الجنين . ويجوز فتح الأغشية عند جيئة بجانب المشيمة أيضا ، اذا لم يكن النزيف شديدا ولم تكن هناك دواع أخرى لانهاء الولادة بسرعة . وينقطع انفصال المشيمة ، بعد تمزيق الأغشية ، ويضغط الرأس الهابط على المشيمة المتقلعة والأوعية النازفة (شكل ٣٣) ، فيتوقف النزف الدموى وتنتهى الولادة تلقائيا . وكثيرا ما يستخدم تمزيق الأغشية بمثابة اجراء تحضيرى للقيام بعمليات أخرى (توسيع عنق الرحم بكيس ، استعمال الملاقط على الرأس وغيرها) .

توسيع عنق الرحم بكيس . يجرى ، بعد فتح الأغشية ، ادخال بالون معقم كمثرى الشكل من المطاط — كيس لتوسيع عنق الرحم — فى باطن كيس الجنين . ويجرى ادخال الكيس

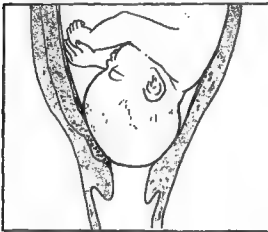
الموسع للعتق بصورة ملفوفة كالسيجار ، ومن ثم يتم سكب المحلول الفيزيولوجي المعقم عبره ويربط الى الانبوبة ثقل غير كبير (٢٠٠ - ٤٠٠ غرام) . فيحصر الكيس الموسع للعتق المملوء ، بفعل الثقل ، الجزء المنفصل من المشيمة الى الفلقة السفلى للرحم ، ويضغط على الأوعية الدموية (شكل ٣٤) ويساعد على ايقاف النزف وفتح المزرد . وعندما يفتح المزرد بدرجة كافية ، يولد الكيس الموسع للعتق ، ومن ثم الجنين .

ويقتضى استعمال الكيس الموسع للعتق عادة عند جئثة جنب المشيمة (قلما يكون عند الجئثة بالطرف) ، عندما لا يولد الرأس ، بعد تمزيق الأغشية ، بسرعة ويستمر فقدان الدم .

ان حالة كهذه يمكن ان تنشأ عند ترافق جئثة المشيمة مع ضعف الولادة .

استعمال الملاقط على جلد الرأس . اذا

لم يهبط الرأس ، بعد تمزيق الأغشية ، عند جئثة الطرف والجنب ولم يتوقف النزيف يمكن استعمال الملاقط على جلد الرأس . وتلتقط بملاقط مصممة خصيصا ، ثنية الجلد على رأس الجنين ، ويعلق الى اليدة ثقل غير كبير (٢٠٠ - ٤٠٠ غرام) ، يسحب الرأس الى ملخل الحوض . فيضغط الرأس الهابط المشيمة الى الفلقة السفلى



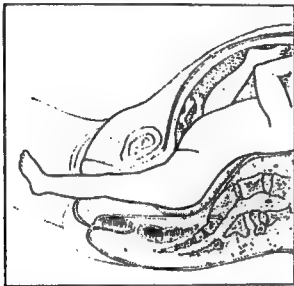
شكل ٣٣ . يهبط الرأس ، بعد تمزق الأغشية ، ويضغط على المشيمة المتقدمة والامية النازقة

للرحم وإلى جدران الحوض ، مما يساعد على ايقاف النزف . وترفع ، بعد تثبيت الرأس وتوقف النزف الملاقط ويترك للولادة ان تأخذ مجراها الطبيعي .

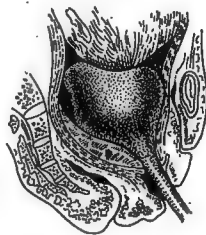
تدوير الجنين على القدم عند افتتاح المزرد بصورة غير تامة (حسب طريقة «بريكستون - هكس») . كثيرا ما كان يجري في السنوات الماضية عند جئثة المشيمة وافتتاح المزرد ٢ - ٢ ١ اصبع ، تدوير الجنين على القدم . فكان يتم اخراج القدم من الفرج حتى الركبة وتعليق ثقل غير كبير (٢٠٠ - ٤٠٠ غرام) عليها . فالنهاية الحوضية للجنين تحصر المشيمة الى الفلقة السفلى للرحم وإلى جدران الحوض وبذلك كان يتم وقف النزف الدموي (شكل ٣٥) . وقلما يستعمل في الوقت الحاضر عند افتتاح المزرد بصورة غير تامة ، تدوير الجنين (عند موت الجنين ، عند وجود الجنين غير التميم ، عند انعدام الظروف للقيام بالعمليات الأخرى) ،

لأنه لصعوبته من الناحية التكنيكية فقد يؤدي الى ابتداء عتق الرحم ، وغالبا ما ينتهى بولادة الجنين ميتا .

ان تمزق عتق الرحم عند الجيثة بالمشيمة أمر ممكن حتى عند الجهد غير الكبير ، فمن الاوعية الممزقة يحدث نزيف دموى شديد ، قد يكون مميتا . ولهذا يجب ان يكون القلب باعثناء شديد ، وعدم سحب الجنين من القدم ، بأية حال من الأحوال ، وإخراجها اكثر من مفصل



شكل ٣٥ . المشيمة المتقدمة مسفوفة بالنهاية
الموضعية للجنين (بعد الاستدارة عل القدم عند الفتح
المزبد بصورة غير تامة)



شكل ٣٤ . المشيمة المتقدمة مسفوفة
بالكيس الموسع لمنق الرحم

الركبة ، ويمنع معنا باننا اخراج الجنين بشد القدم . ان خطأ كهذا يؤدي الى تمزق العنق وحدوث نزيف خطر .

العملية القيصرية . كثيرا ما تقتضى الجيثة بالمشيمة القيام بالعملية القيصرية . ويجرى القيام بهذه العملية بصورة مستعجلة عند التزف الدموى ، الذى يلاحظ عادة عند الجيثة بمركز المشيمة ، وأحيانا عند جيثة جنب المشيمة .

وتجرى العملية القيصرية كذلك عند ترافق الجيثة بالمشيمة مع وضعية غير صحيحة للجنين ، لدى امرأة كبيرة فى السن تلد لأول مرة ، وتصر على ولادة الطفل حيا .

ويجرى ، عند الجيئة بالمشيمة اثناء التوليد وبعده ، القيام بمكافحة فقر الدم (نقل الدم ، حقن المحلول الفيزيولوجي مع الجلوكوز تحت الجلد) ، واستعمال أدوية القلب وغيرها . وكثيرا ما يختلط سير دور الخلاص عند الجيئة بالمشيمة . ويلاحظ تعوق انفصال المشيمة ، وذلك لان المشيمة تكون مثبتة الى الفلقة السفلى ، التي ليس لها القدرة على التقلص بصورة جيدة ، ويلاحظ أحيانا رسوخ المشيمة جزئيا . ان اختلال عملية انفصال المشيمة يسبب نزيفا دمويا إضافيا ، يمكن ان يكون خطرا على الحياة .

ولهذا ينبغي ، فى دور الخلاص ، الاهتمام الفائق بالحالة العامة ، النبض ، الضغط الدموى للماخض وكمية الدم التى تسيل من الطرق التناسلية . فعند وجود علامات فقر الدم وفقدان الدم الذى يزيد عن المعتاد ، يجب القيام ، بالفصل اليدوى للمشيمة فورا . ويجب بعد اخراج المشيمة معاينة عنق الرحم بواسطة المنظار ، ونياطته اذا كانت هنالك تمزقات فيه . ومن الممكن ان تحدث فى دور النفاس أمراض تعود الى انتقال العدوى . وما يساعد على ذلك هو قرب موقع المشيمة من المهبل وانخفاض مقاومة الجسم الذى يعود الى فقدان الدم . ولهذا فان النساء تحتاج الى المراقبة الشديدة الخاصة والعناية . وتخصص عند الضرورة لها المقويات العامة ، وتكرار نقل الدم . ويتم علاج الأمراض الاتانية الأصل .

انفصال المشيمة المتوضعة بصورة طبيعية ، قبل الأوان

تبقى المشيمة ، عند سير الحمل والولادة بصورة طبيعية ، مثبتة الى جدار الفلقة العليا للرحم حتى الدور الثالث من الولادة . وهى تنفصل فقط بعد ولادة الجنين بالنظر لتقلص الرحم الشديد وهبوط الضغط داخل الرحم .

ويلاحظ ، فى بعض الاحوال المرضية ، انفصال المشيمة المتوضعة بصورة طبيعية قبل ميلاد الجنين (انفصال قبل الأوان) . ويحدث انفصال المشيمة قبل الأوان عادة فى دور الانفتاح ، ونادرا ما يلاحظ هذا الاختلاط فى الدور الثانى من الولادة واثنا الحمل .

الأسباب . يحدث انفصال المشيمة قبل الأوان قبل كل شئ نتيجة للأمراض التى تلاحق فيها اختلالات فى جهاز الأوعية الدموية . ومن هذه الأمراض : التسمم الحامى المتأخر ، التهاب الكلية ، مرض ارتفاع ضغط الدم ، عيوب القلب ، نقص فيتامين C فى الجسم وغيرها .

ان التغيرات الحاصلة فى الاوعية الدموية للمشيمة ، الناتجة عن هذه الأمراض ، تساعد على نشوء انسكاب الدم فى انسجة المشيمة . وتسبب انسكابات الدم بين جدار الرحم والمشيمة انفصال الأخيرة من مكان تثبيتها .

ومما يهـيـئ لافـصـال المشـيـمة قـبـل الأوان هو التهاب الغشاء المخاطى للرحم (التهاب بطانة الرحم) الحادث قبل الحمل . ويمكن ان يحدث انفصال المشيمة نتيجة لانجرارها الى الاسفل عند قصر الحبل السرى (فى دور الطرد) او عند وجود أغشية سميكة وتأخر تمزق كيس الجنين (يجر الكيس المولود معه جميع الأغشية والمشيمة) . ويمكن ان يحدث انفصال المشيمة قبل الأوان عند التوأمين بعد ميلاد الجنين الأول . ومن الاسباب النادرة فى حدوث انفصال المشيمة قبل الأوان هو صدمة البطن . الاختلالات التى تحدث عند انفصال المشيمة



قبل الأوان . يكون انفصال المشيمة قبل الأوان كاملاً (انفصال كل المشيمة) أو جزئياً . فالانفصال الجزئى للمشيمة على مدى غير كبير ، لا يسبب لجسم المرأة اختلالات خاصة . ويمكن للحمل ان يستمر الى نهايته ، اذا ما حدث الانفصال غير الكبير قبل الولادة . فيوضع تشخيص الانفصال الجزئى فى أحوال من هذا القبيل بعد ولادة المشيمة وتلاحظ على السطح الذى من جهة الأم للمشيمة ، خثرة قديمة من الدم .

شكل ٣٦ . انفصال المشيمة المتوسطة بصورة طبيعية قبل الأوان (نزيف دموى داخلى وضارحى)

ويتكون ، عند انفصال المشيمة الكامل أو الجزئى كبير الحجم ، ورم دموى ينمو بسرعة بين جدار الرحم والجزء المنفصل من المشيمة (شكل ٣٦) . ويساعد الورم الدموى المتزايد على الانفصال المتطرد للمشيمة . ويتحلب جدار الرحم فى منطقة الورم الدموى . وبقرار ازدياد ونمو الورم الدموى ، ينفذ الدم بين طبقات عضلات الرحم ويتسرب حتى الغلاف المصل للرحم . ويصحب انفصال المشيمة قبل الأوان ، نزيف داخلى (داخل الرحم) غير أنه بقرار تنامى الورم الدموى خلف المشيمة ، فان الدم يشق طريقه بين جدار الرحم والأغشية باتجاه قناة عرق الرحم . ولهذا يقرن ، عند انفصال المشيمة قبل الأوان ، بالنزيف الداخلى نزيف

خارجى . ولا يبلغ النزيف الخارجى درجة كبيرة ، حتى عند وجود ورم دموى كبير خلف المشيمة وفقر دم شديد لدى المرأة .

ويشكل الانفصال التام والجزئى الكبير للمشيمة خطرا كبيرا بالنسبة للمرأة والجنين . فالمرأة مهددة بالموت نتيجة فقر الدم والصلمة التى تعود الى التمدد القائق للرحم ، وكثيرا ما يموت الجنين مختنقا . وتنشأ خطورة اختناق الجنين عند انفصال ثلث واحد من المشيمة وان انفصال نصف ، ولا سيما كل المشيمة يؤدى الى الموت السريع للجنين داخل الرحم .

وتتصف الصورة السريرية للانفصال التام أو الجزئى الكبير للمشيمة بمجموعة من الأعراض الشديدة .

١ — تشكو المرأة من ألم شديد دائم فى البطن ، الجلد والاضحية المخاطية شاحبة ، والنهض سريع ، لين ، والضغط الشريانى منخفض . ويمكن ان يحدث الدوار (الدوخة) وطنين فى الأذان والأعراض الأخرى لفقر الدم الحاد عند النزف الخارجى غير الكبير .

٢ — ان نمو الورم الدموى خلف المشيمة يؤدى الى ازدياد الضغط داخل الرحم وتمطى جدران الرحم . ولهذا يكبر الرحم ، ويصبح قوامه قاسيا (يمكن ان يكون كالأخشب) ، وشكله يعضوى او غير منتظم . ويمكن ان يصبح الرحم ، عند الانفصال التام ، عديم التناسق نظرا لانتفاخ جداره فى منطقة الورم الدموى . والرحم مؤلم ، عند الجس ، بصورة شديدة .

٣ — بالنظر لتوتر الرحم الشديد فان اجزاء الجنين يجرى جسها بصعوبة أو أنها لا تجس ، وأن ضربات قلب الجنين يتم اختلالها ، أو أنها تنقطع تماما ، وتندم حركات الجنين .

٤ — يلاحظ اذا كانت المرأة فى حالة ولادة ، توتر كيس الجنين بشدة ليس اثناء تقلصات الرحم فقط ، بل وفى الفواصل بينها . وتولد المشيمة المتصلة بعد طرد الجنين حالا ، وينسكب مع المشيمة من الطرق الجنسية مقدار كبير من الدم السائل والمتخثر . ان الرحم المتمطى يتقلص بصورة سيئة ، ولهذا فان فقدان الدم كثيرا ما يستمر فى الساعات الأولى من الولادة بالنظر لارتخاء الرحم . ويمكن أن يحدث النزف الدموى ، فى دور الخلاص والنور المبكر من النفاس ، بالنظر لاختلال تخثر الدم . وما يساعد على ذلك هو نفوذ المواد ، التى تقلل من تخثر الدم ، الى النورة الدموية من نسيج المشيمة .

العلاج . يتطلب ، عند انفصال المشيمة قبل الأوان ، تقديم المساعدة الطبية الماهرة المسعجلة .

ان علاج انفصال المشيمة قبل الأوان يعتمد على المبادئ الأساسية التالية : (١) التوليد السريع بعناية ، (٢) مكافحة فقر الدم الحاد والصدمة .
ويتوقف اختيار طريقة التوليد على درجة فقدان الدم وعلى الظروف التى تسمح باستعمال هذه العملية القيالية او تلك .

فاذا كان انفصال المشيمة قد تم أثناء الحمل أو فى أول بدء دور الافتتاح ، يجرى القيام بالعملية القيصرية ، وذلك لانعدام الظروف اللازمة هنا ، لاجراج الجنين بسرعة عن الطريق الطبيعى للولادة .

ويجب عند وجود افتتاح تام للمزرد شق كيس الجنين ، والقيام بقلب الجنين على القدم واخراجه بعد ذلك من طرق الولادة ، ويجرى بعد اخراج الجنين ، اخراج المشيمة فوراً .
فاذا كان الرأس موجوداً فى باطن الحوض والجنين حى ، يجرى انهاء الولادة عن طريق استعمال الملاقط القيالية ، ويتم عند موت الجنين ، ثقب الرأس واخراج الجنين بسرعة بالمسداخ .
ويجرى ، عند افتتاح المزرد بصورة غير تامة ، وفقدان كمية غير كبيرة من الدم ووجود حالة صحية مرضية للأم والجنين ، شق كيس الجنين . ويمكن ، بعد شق الكيس ، توقف انفصال المشيمة التالى ومن الممكن أن تنتهى الولادة بصورة طبيعية . وينبئى اللجوء ، عند علم وجود نشاط ولادى بدرجة كافية ، الى الكيس الموسع بغرض تحفيز تقلصات الرحم والتعجيل بالولادة .

ويجرى ، بالإضافة الى التوليد ، مكافحة فقدان الدم والصدمة . ولهذا الغرض يستخدم نقل الدم ، وحقن المحلول الفيزيولوجى مع الجلوكوز ، وأدوية القلب ، وتدفئة المرأة ، وتسقى المرأة بالشاى الثقيل او القهوة . وتراقب حالة المرأة باهتمام فى الساعات الاولى من الولادة وتراقب بدقة حالة الرحم وكمية الدم المفرز من المهبل ، وعند وجود نقص فى توتر الرحم (استرخاء) تتخذ الاجراءات التى تساعد على تقلص الرحم وإيقاف النزف (أنظر الباب العاشر من الجزء الثانى) .

وعلى القابلة أن تكشف ، فى الوقت المناسب ، عن جميع الحوامل المصابات بأمراض تكون سبباً لانفصال المشيمة قبل الأوان (التسمم الحامى المتأخر ، أمراض الكلى وغيرها) وان تقوم بإرسالهن الى الطبيب .

الباب السادس

شنوذ قوى الولادة . شنوذ الانسجة اللينة لطرق الولادة

شنوذ قوى الولادة (الطاردة)

كثيرا ما تلاحظ الاختلالات فى مجرى الولادة التى تعود الى ضعف قوى الولادة . ويلاحظ بدرجة أقل النشاط الولادى المفرط فى الشدة . فهناك ضعف قوى الولادة الأولى والثانى .

فيمتاز ضعف قوى الولادة الأولى بأن تقلصات الرحم عنده تكون من أول بدء الولادة ضعيفة ، قصيرة ، غير فعالة ، والقواصل بين التقلصات عادة طويلة (فالتقلصات يمكن أن تكون كثيرة غير أنها ضعيفة) .

ويظهر ضعف قوى الولادة الثانوى بأن تقلصات الرحم تكون ، منذ أول بدء الولادة ، جيدة وتضعف فى النهاية نتيجة لاجياء المرأة الماخض واستنفاد النشاط التقلصى للرحم .

ضعف قوى الولادة الأولى

يمكن ان يكون السبب فى ضعف تقلصات الرحم هو نقص الهرمونات الاستروجينية ، البيتوتريين ، الاستيلكولين والمواد الأخرى التى تسبب وتضاعف النشاط التقلصى للرحم . ولانخفاض قابلية الرحم على التحفز ، نظرا لتغير وظيفة الجهاز العصبى ، دور مهم . ويلاحظ ضعف قوى الولادة الأولى عند المصابات بالامراض العامة المضنية ، واختلالات الغدد الصماء ، وعند الطفالة ، وعدم تركيب الاعضاء التناسلية بصورة صحيحة (رحم ذو قرنين ، رحم ذو قرن واحد) ، أورام الرحم العضلية والسمنة .

ويمكن ان تكون الاجهاضات وأمراض التهاب الأعضاء التناسلية فى السابق ، ايضا سببا فى ضعف تقلصات الرحم . وينشأ ضعف قوى الولادة الأولى بسبب تمطى الرحم عند استسقاء السلى والحمل المتعدد الاجنة . وغالبا ما يلاحظ ضعف قوى الولادة عند خروج المياه قبل الأوان ،

نتيجة لعدم وجود كيس الجنين ، الذى يعتبر محفزاً للعناصر العصبية الموجودة فى العنق ويساعد على اشتداد التقلصات .

ويمكن ان يتحول ضعف قوى الولادة الأولى الى الدور الثانى من الولادة (ضعف المخاض) . ان مدّة استمرار الولادة تطول الى درجة كبيرة . وكثيرا ما تحصل أثناء الولادة وفى دور النفاس اختلاطات : كاختناق الجنين داخل الرحم ، نزف شديد فى دور الخلاص وفى الدور المبكر من فترة النفاس ، تأخر المشيمة أو اجزائها فى الرحم ، وإذا كان ضعف قوى الولادة مصحوبا بخروج المياه قبل الأوان (المبكر) ، فكثيرا ما تصاب المرأة بعد الولادة بالتهاب بطانة الرحم وأمراض النفاس التى تعود الى انتشار العدوى النافذة الى الرحم .

ان علاج ضعف قوى الولادة الأولى ، مسألة معقدة . فمن الضرورى محاولة معرفة أسباب حدوث ضعف تقلصات الرحم وفقا لذلك يتم اختيار طريقة العلاج .

وسلامة كيس الجنين أهمية كبيرة عند اختيار طريقة التوليد . فما دامت المياه لم تخرج ، يجرى القيام بالعلاج الدوائى (غير الجراحى) . وعند خروج المياه كذلك يجرى القيام بالعلاج الدوائى (غير الجراحى) غير أنه كثيرا ما تنشأ ضرورة فى التوليد جراحيا .

وللإجراءات العامة أهمية كبيرة فى مكافحة ضعف قوى الولادة : كالتغذية الصحيحة (طعام سحرى ، شاي ، قهوة ، عصير فواكه) ، اخلاء المثانة فى الحين ، تنسيق وظيفة الامعاء ، التأثير النافع على نفسية المرأة الماخض (ابعاد الرعب والانفعالات السلبية الأخرى) . ويجرى السماح عند سلامة كيس الجنين بالقيام والمشي . ويلجأ اذا لم يشتد نشاط الولادة ، الى تحفيز النشاط التقلصى للرحم بالمستحضرات الطبية . وتضاعف الوسائل المحفزة عادة من تقلصات الرحم وتساعد على سير الولادة بصورة صحيحة . غير أنه كثيرا ما يبدأ ، بعد اشتداد النشاط الولادى ، اصابة الماخض بالاعياء وضعف التقلصات من جديد . ويترك للماخض ، فى حالات كهذه ، ان تستريح لبضع ساعات اذا لم توجد ضرورة لانهاء الولادة بسرعة .

وتحقن الماخض ، عندما تكون متعبة بدرجة كبيرة ، تحت الجلد : ١ مليلتر من محلول البروميلول المركز بنسبة ٢٪ أو ١ مليلتر من محلول البانتوبون المركز بنسبة ١٪ . وبعد جفن أحد هاتين المادتين تستريح الماخض بضع ساعات . وتساعد الاستراحة على تقوية قوى الولادة . وينصح ، عند ضعف تقلصات الرحم ، الذى يعود الى تمطى الرحم بصورة مفرطة (استسقاء ، ولادة متعددة الأجنة) ، بفتح كيس الجنين عندما يكون افتتاح المزرد فى حدود

٢- ٣ أصابع . ويزول ، بعد خروج المياه ، تمطى الرحم عادة وتصبح جدرانه سميكة مما يساعد على اشتداد تقلصاته .

وطرق تحفيز النشاط الولادى مختلفة . وتستخدم عادة المخططات التالية .

المخطط I (كوردينفيسكى - شتين) . تسقى المرأة ٥٠ - ٦٠ غراما من زيت المخروج ، وبعد ساعتين يتم تنظيف الأمعاء بالحقنة . ويعطى بعد الحقنة ٢٠ غرام من الكنين ٦ مرات كل ٣٠ دقيقة . ويتم بعد ١٥ دقيقة من تناول ٣ ، ٤ ، ٥ ، ٦ للكنين ، حقن ٢٥ ، ٢٥ مليلتر من البيوتورين تحت الجلد ، والمجموع ٤ مرات .

يمكن البدء بالتحفيز ، عندما يكون كيس الجنين سليما عند أول بدء الولادة ، من حقن ٤٠٠٠ - ٥٠٠٠ وحدة قياسية من الفوليكلين أو السينيسترول فى العضل . فالفوليكلين (والسينيسترول) يرفع من حساسية الرحم تجاه الكنين ، والبيوتورين والمواد الأخرى التى تسبب تقلص عضلات الرحم . ويعطى بعد ساعة من حقن الفوليكلين زيت المخروج ، ويجرى حقن المرأة عن طريق المستقيم وتخصص المقادير المذكورة أعلاه من الكنين والبيوتورين .

المخطط II (أ . ب . نيكولايف) . ٦٠ غراما من زيت المخروج عن طريق الفم ، بعد ساعة واحدة ٢٠ غرام من الكنين ٥ مرات كل ٣٠ دقيقة . وتوضع ، بعد الوجبة الخامسة من تناول الكنين ، حقنة للمستقيم ، ويحقن ، بعد الحقنة ، ٥٠ مليلتر من محلول الجلوكوز بتركيز ٤٠٪ و ١٠ مليلترات من محلول كلوريد الكالسيوم بتركيز ١٠٪ فى الوريد . ويحقن فى الوقت ذاته ٦٠ مللغرام من فيتامين B_١ فى العضل .

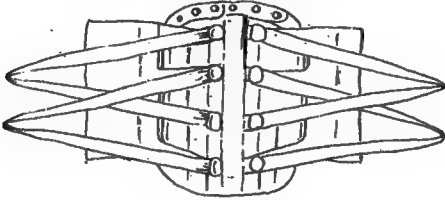
المخطط III (ف . ن . خميليفسكى) ، ويتألف من خليط : ٥٠ غرام من الجلوكوز ، غرامين من كلوريد الكالسيوم ، ٥٠ غرام من حامض الاسكوربيك ، ٠٠٣ غرام من فيتامين B_١ ، ١٠ قطرات من حامض كلور الماء المحلول ، ١٥٠ مليلتر من الماء - يعطى ذلك عن طريق الفم بوجبة واحدة . ويمكن إعادة ذلك بعد ٣ ساعات .

ويستعمل فى السنوات الأخيرة لتحفيز النشاط التقلصى للرحم الاوكسيتوسين والبروستاغلاندين . ويعطى الاوكسيتوسين مع محلول الجلوكوز (٥ - ١٠ وحدات قياسية من الاوكسيتوسين فى ٥٠٠ مليلتر من الجلوكوز بتركيز ٥٪) بطريقة الحقن فى الوريد بالقطارة .

ويمكن استعمال البروزيرين سوية مع الاترويين الهايدرو كلوريكى . فيعطى ٠٠٣ ، ٠٠٣ غرام من البروزيرين و ٢٠٠٠ غرام من الاترويين فى مسحوق واحد ، ويعاد إعطاؤه بعد ساعة واحدة ٤ - ٥ مرات فى اليوم ، الباخيكارين (٣ - ٥ مليلترات من المحلول بتركيز ٣٪ فى العضل) ، والبروستاغلاندينات والأدوية الأخرى .

ضعف قوى الولادة الثانوى

ينشأ ضعف قوى الولادة الثانوى عادة فى دور الطرد أو فى نهاية دور الافتتاح بعد نشاط جيد أو مرضى للولادة . وأسباب نشوء ضعف قوى الولادة الثانوى مختلفة . فتنسب اليها جميع العمليات الباثولوجية وخصائص نمو الجسم التى تسبب ضعف قوى الولادة الاولى (الأمراض العامة والأمراض النسائية ، الطفالة وغيرها) وكثيرا ما يلاحظ ضعف قوى الولادة الثانوى ، عند الولادات المطولة نتيجة لاعياء الماخص واستنفاد قابلية الرحم على التقلص . وكثيرا ما تنشأ الولادات المطولة وضعف قوى الولادة الثانوى ، عند ضيق الحوض ، الجنين الضخم ، ووضعيات



شكل ٣٧ . دباط وفيروف

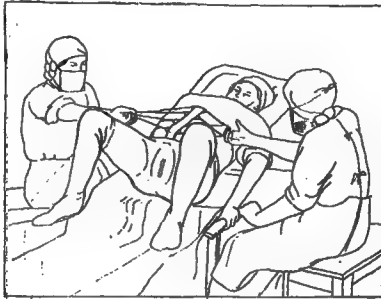
وجيئات الجنين غير الصحيحة ، والمزرد الصلب ، وضيق المهبل بسبب الندبات ، وتأخر تمزق كيس الجنين ، وقد ينشأ ضعف قوى الولادة الثانوى بصورة انعكاسية بسبب فيض امتلاء المثانة أو المستقيم .

وكثيرا ما يبدأ ضعف قوى الولادة الثانوى عند خروج المياه ، ولهذا فانه غالبا ما يكون مصحوبا بتسرب العلوى الى الرحم ويؤدى الى اختناق الجنين داخل الرحم . وتعرض الانسجة اللينة لطرق الولادة ، والمثانة ، وقناة مجرى البول والمستقيم ، عند ضعف أو انقطاع نشاط الولادة ، للانضغاط الطويل بين الرأس وجدران الحوض . ويؤدى الحصر الطويل الى اختلال الدورة الدموية ، الذى قد يؤدى الى موت الانسجة مع تكون التاسور المثنى بالمهبل او تاسور المستقيم — المهبل فيما بعد .

وينبئ ، عند حدوث ضعف قوى الولادة الثانوى ، مراقبة حالة الماخص بصورة دقيقة (علامات العلوى ، انحصار الانسجة اللينة لطرق الولادة وغيرها) وحالة الجنين .

ويستعمل بصورة واسعة ، عند ضعف قوى الولادة الثانوي ، الكفاح ضد اختناق الجنين وتتخذ الاجراءات اللازمة لتقوية قوى الولادة .

فاذا كان السبب في ضعف نشاط الولادة ، هو تأخر تمزق كيس الجنين فيجب شق الأغشية . وعند الانفتاح التام للمزرد ووقوف الرأس في باطن أو في مخرج الحوض ، يمكن الحقن تحت الجلد ١ مليلتر من البيتوترين أو ٠,٢٥ مليلتر من الاوكسيتوسين ، التي تزيد من

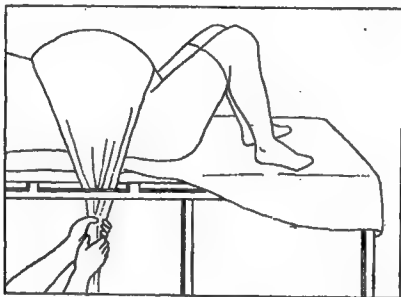


شكل ٣٨ . استعمال رباط فيريوف

شدة النشاط الولادي بسرعة . غير أن هذه الادوية يجب أن تستعمل بحذر شديد ، وذلك لأنها تسبب أحيانا تقلصات شديدة في الرحم ، وتؤدي إلى اختناق الجنين . ولهذا يجب ان تكون موجودة عند استعمالها ، ملاقط قبالية ومقص للقيام بشق العجان . ولا يجوز استعمال الاوكسيتوسين والبيتوترين في حالة عدم افتتاح المزرد بصورة تامة ، ووقوف الرأس عاليا ، وتمطى الفلقة السفلى في الرحم ، فان اشتداد النشاط التقلصي بقوة ، يمكن ان يؤدي إلى تمزق العنق أو الفلقة السفلية المستترقة للرحم .

وعند ووقوف الرأس في تجويف أو في مخرج الحوض ، ووجود مانع لاستعمال البيتوترين (ارتفاع ضغط الدم الشرياني) يتم انتهاء الولادة عن طريق استعمال الملاقط القبالية . ويجرى القيام بشق العجان ، اذا طاللت الولادة بسبب تصلب العجان . ويجب ، عند

وقوف الرأس عاليا وتمتع الأم والجنين بحالة صحية جيدة ، تحفيز النشاط الولادى : فيعطى الشاى المحلى ، والقهوة ، وعصير الفواكه ، ويجرى حقن ٥٠ ميليترا من الجلوكوز بتركيز ٤٠٪ ، ١٠ ميليترات من كلوريد الكالسيوم بتركيز ١٠٪ فى الوريد .
 وإذا كانت الماخض متعبة ولا يوجد ما يدعو للتعجيل بالتوليد ، فمن الضرورى منحها الراحة . فتوضع الماخض فى غرفة معزولة ، وتحقن بالبروميدول او الباثوبون . فيشدد النشاط الولادى ، بعد الاستراحة عادة ، وعند علم وجود مفعول كاف يجرى تحفيز النشاط الولادى .



شكل ٣٩ . الامانة من رباط «فيربوف» بمنشفة عريضة

ولإخلاء المثانة والمستقيم فى الحين أهمية كبيرة فى ابعاد ضعف قوى الولادة .
 ان ضعف المخاض وطول دور الطرد يعود أحيانا الى نقص الحزام البطنى . وان ارتفاع عضلات البطن ، والبطن المتهلل ، والسمنة ، وفتوق الخط الأبيض البطن وغيرها من عيوب جدار البطن يضعف المخاض . فينصح فى أحوال كهذه استعمال رباط فيربوف (شكل ٣٧) .
 ويوضع رباط فيربوف فى دور الطرد على بطن الماخض . وتجلس القابلة والممرضة من اليمين ومن اليسار وتقومان أثناء المخاض بشد الرباط ، وترحيان الرباط فى الفواصل (شكل ٣٨) . فيضنط البطن ، يخلق الرباط مسندا للرحم ، ويقوم بالتعويض عن القوة غير الكافية للحزام البطنى . ويمكن استعمال الشرشف أو منشفة عريضة بدلا من رباط فيربوف (شكل ٣٩) .

النشاط الولادى غير المنسق

ويتصف هذا الشلوذ فى النشاط الولادى بأن تقلصات الرحم تبدأ لا فى الفلقة العليا من الرحم بل فى الفلقة السفلى . وعلى الرغم من أن التقلصات منتظمة ومؤلمة ، فإن انفتاح المزرد يتم ببطء ، ويتأخر زحف الجزء المتقدم . وإن معرفة عدم تناسق قوى الولادة ، وتمييزها عن ضعف نشاط الولادة يمكن عن طريق الأخذ بالحسبان المعلومات السريرية واستخدام الفحص الاشعاعى للرحم . ولا ينصح بتحفيز قوى الولادة . وتخصص الأدوية المهدئة (كالترىوكسازين) والأدوية المضادة للتشنج ، التى تساعد على انفتاح المزرد (٢ مليلتر من محلول الايستوتسين بتركيز ٢٪) ، وحقن اليداز او النوفوكائين فى حقن الرحم .

نشاط الولادة المفرط

يلاحظ نشاط الولادة المفرط ، بصورة أقل من ضعف قوى الولادة . ان تقلصات الرحم الشديدة الكثيرة والمؤلمة تلاحظ أحيانا عند ارتفاع التحفز العصبى للماخص ، وعند مرض يزدوف واختلالات أخرى للغدد الصم . ويمكن ان ينشأ نشاط الولادة الشديد للغاية ، عند وجود عراقيل تحول دون طرد الجنين ، وضيق الحوض ، ووضعيات وجيئات غير صحيحة للجنين الخ . ويمكن ، فى حالات كهله نتيجة لارتجاج نشاط الولادة ان يبدأ تمزق الرحم . ويبدأ فى عدة احوال بعد نشاط ولادى شديد للغاية ، ضعف قوى الولادة الثانوى . وينتهى النشاط الولادى الشديد للغاية ، عند توافق أبعاد الرأس والحوض ، بالولادة الجامحة . وتستمر الولادة الجامحة ١ - ٣ ساعات ولهذا تحدث أحيانا خارج اطار دور التوليد (فى البيت او فى الطريق الى دار الولادة ، ما يسمى بولادة فى الطريق) . ويلاحظ عند الولادة الجامحة ، المنتهية بلون مساعدة طبية ، اختناق الجنين ، الذى يحدث نتيجة لاختلال الدورة الدموية للمشيمة بفعل تقلصات الرحم التشنجية . ويمكن ان تحدث نتيجة لطرد الجنين بسرعة ، صدمة داخل جمجمة الجنين . وتوضع الماخص ، عند وجود نشاط ولادى شديد للغاية ، على جنبها ، ويحقن تحت جلدها ١ مليلتر من محلول البانتويون بتركيز ٢٪ او ١ مليلتر من محلول المورفين بتركيز ١٪ ، ويجرى القيام بالوقاية من اختناق الجنين . ويتم ، عند النشاط الولادى العاصف وظهور

علامات خطر تمزق الرحم (أنظر الباب الحادى عشر) التخدير العام بالأنثر . وتجرى ، بعد الولادة ، المعاينة الدقيقة ليس للحجان فقط ، بل للمهبل وعنق الرحم أيضا لكى يتم اكتشاف التمزقات المتوقعة وخياطتها فى الحين .

شدوذ الانسجة اللينة لطرق الولادة

يجرى أحيانا اعتلال مجرى الولادة بالنظر للتغيرات الحاصلة فى عنق الرحم ، المهبل والمجان . ويمكن ان تكون التغيرات الندية الكثيرة للعنق والمهبل عبة فى طريق الولادة . تغيرات عنق الرحم . كثيرا ما تحصل ، بعد الولادة خاصة الباثولوجية (الجراحية) ، تمزقات فى عنق الرحم . فتتكون عند التام التمزقات غير المخاطة الندبات ، التى يمكن ان تمل بعملية انفتاح العنق عند الولادة اللاحقة . كما وتتكون الندبات بعد الكى والعمليات التقويمية على العنق . فيتباطأ عند وجود الندبات انفتاح العنق ، وتشتد آلام وكثرة تكرار التقلصات . ويجرى انفتاح المزرد عند علم بروز التغيرات الندية بشدة بصورة تلقائية لكنها بطيئة . ان الضيق الندى الشديد يحول دون الانفتاح التام ، ولهذا يتطلب شق المزرد . ويجرى بعد الولادة رفو الشقوى .

تصلب عنق الرحم . من غير النادر أن يلاحظ تصلب خاصة لدى المسنات الاتى يحملن لأول مرة ، ويشاهد تصلب أحيانا لدى النساء المصابات فى السابق بأمراض التهابية فى العنق . ان تصلب (فقدان المطاطية ، الاستعصاء) العنق يعرقل عملية انفتاح العنق ويبطئ ، وأحيانا يخرق مجرى الولادة . وتصبح التقلصات نتيجة لصعوبة انفتاح العنق ، كثيرة ومؤلمة . فيجرى الانفتاح بصورة بطيئة جدا ، فاطراف المزرد سميكة ، ويجرى بصعوبة تمطيتها بالاصابع المولجة .

ويجرى ، عند تصلب المزرد ، توسيعه بالأصبع ، وفى حالة خروج المياه يمكن ادخال الكيس الموسع فى الرحم . ويتطلب الأمر فى حالة الاستعصاء الشديد القيام بشق جانبي لحاشية المزرد .

وتتوقف متانة حاشية المزرد واستمصالها أحيانا على الحالة التشنجية لعضلات عنق الرحم الدائرية . وفى أحوال كهله فان ادخال تحميلة مخلرة من ٠,٠٢ غرام من البيلايدونا (ست الحصن) أو ٠,١٥ غرام من الباثويون عن طريق الشرج يؤثر بصورة حميدة .

ان تشنج المزد يد ازالته بنجاح عن طريق حقن ٠.٥ ٪ من محلول النوفوكالين فى عنى الرحم . ويحقن المحلول فى سمك عنى الرحم ، فى ٥ - ٦ اماكن حول المزد ، والمقدار العام من المحلول هو ٥٠ - ٦٠ مليلترا .

تغيرات المهبل والعجان . تشاهد احيانا فى المهبل حواجز خلطية وندبات ، تضيق تجويفه بهذه الدرجة او تلك . وأسباب تكوّن الندبات مختلفة : التهاب المهبل الخنثاى ، فى دور الطفولة ، الاصابات والحروق الحفوية .

ان الحواجز والندبات غير الكبيرة تتمطى أثناء الولادة ولا تعرقل طرد الجنين والمشيمة . اما عند ضيق المهبل بالندبات بدرجة كبيرة فينبغى انهاء الولادة عن طريق العملية القيصرية . ويجرى قطع الحواجز التى تعرقل طرد الجنين .

وسما يعرقل تقدم رأس الجنين ، هو تصلب العجان ، الذى كثيرا ما يلاحظ لدى المستات اللاتى يلدن لأول مرة .

ان الأنسجة المتينة للعجان تتمطى بصورة سيئة وتخلق عقبة تحول دون عبور الرأس ، فتتباطأ الولادة ، وقد تلاحظ علامات اخنثاق الجنين . وان أنسجة العجان ، التى تكون قد فقدت مطاطيتها وقابليتها على الشد ، تكون عرضة للتمزق بصورة أسهل . فاذا كان العجان الصلب يبطئ طرد الجنين ، فمن الملائم القيام بشق العجان . وان شق العجان يقتضى القيام به عند ظهور علامات خطر تمزق العجان وعند اضطراب ضربات قلب الجنين .

الباب السابع

الوضعية المستعرضة والمائلة للجنين . سقوط الاجزاء الصغيرة والحبل السرى

الوضعية المستعرضة والمائلة للجنين

الوضع المستعرض هو الوضع الذى يكون فيه محور الجنين مع المحور الطولى للرحم زاوية قائمة (أو تقريبا قائمة) . ويتقاطع ، عند الوضع المائل محور الجنين مع محور الرحم فى زاوية حادة . ويتحدد مواقع الجنين ، عند الوضعيات المستعرضة والمائلة ، حسب موقع الرأس : فاذا كان الرأس متجهها الى اليسار - كان ذلك الموقع الأول (شكل ٤٠) ، واذا كان الى اليمين - كان ذلك الثانى (شكل ٤١) . ويتحدد النوع حسب موقع ظهر الجنين . فعند النوع الامامى للوضع المستعرض (المائل) يكون الظهر متجهها الى الامام (أنظر شكل ٤٠) ، وعند النوع الخلفى - الى الخلف (أنظر شكل ٤١) .

وتسمى الوضعيات المستعرضة والمائلة للجنين بالوضعيات غير الصحيحة ، لأنه عند عدم تطابق محور الجنين مع محور الرحم والحوض ، فان الولادة غير ممكنة بدون تقديم المساعدة الطبية للأم ، وان حياة الجنين تكون مهددة بخطر الموت .

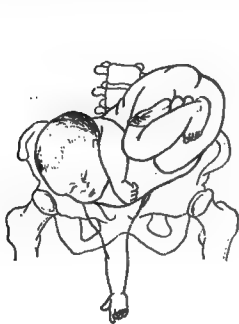
وان أسباب الوضع المستعرض (المائل) للجنين مختلفة .

١ . ان ما يساعد على حدوث الوضع المستعرض (المائل) للجنين هو جميع الظروف التى يسهل فيها تحرك الجنين فى جوف الرحم . ومن هذه الظروف الاستسقاء ، ارتخاء جدار البطن ، الحمل متعدد الأجنة ، خاصة عند ترافقه مع الاستسقاء .

٢ . يمكن ان ينشأ الوضع المستعرض (المائل) للجنين عند ضيق الحوض ، البجشة بالمشيمة فى الفلقة السفلى من الرحم والشروط الأخرى التى تعرقل هبوط الرأس فى الفلقة السفلى للرحم والتصاقه بملدخل الحوض .

٣ . ان الشكل غير المنتظم للرحم ، كالرحم سرجى الشكل ، ايضا يمكن ان يكون سببا للوضع المستعرض .

ان تشخيص الوضع المستعرض (المائل) للجنين لا يشكل فى معظم الأحوال صعوبات ملحوظة . وما يلفت الانتباه عند المعاينة هو شكل الرحم ، فهو ليس بيضوياً ، بل ممتد عرضاً أو باتجاه مائل . وان قعر الرحم يقف انخفاض مما هو عليه عند الوضع الطويل للجنين . ويتضح ، عند الجس بأن الرأس ونهاية الحوضية من الجنين يقعان فى الاقسام الجنبية من الرحم (الرأس من اليسار ، الاليتان من اليمين او بالعكس) ، وان القسم المتقدم من الجنين لا يجس فوق



شكل ٤١ . الوضع العرضى ، المقع الخلفى ، النوع



شكل ٤٠ . الوضع العرضى ، المقع الاول ، النوع الاملى

مدخل الحوض . وان ضربات قلب الجنين تسمع بصورة أوضح على مستوى السرة ، بالقرب من الجهة التى يقع فيها الرأس .

ان الفحص المهبلى ، أثناء الحمل وفى أول بدء الولادة لا يعطى معلومات دقيقة ، تدل على الوضع المستعرض . ولهذا يقتضى الأمر ، عند وجود صعوبة فى تشخيص الوضع المستعرض (معلومات غير واضحة من الجس عند الاستلقاء وغيرها) ، اللجوء الى التصوير بأشعة رونتجن . ويعتبر الفحص المهبلى طريقة قيمة لمعرفة الاوضاع المستعرضة (المائلة) أثناء الولادة بعد شق كيس الجنين . فغير المزرد ينسنى جس كتف الجنين ، الاضلاع ، والترقوة (عند النوع الخلفى) أو لوح الكتف والتنوعات الشوكية للفقرات (عند النوع الأمامى) .

وكثيرا ما تقع فى المهبل ، عند الأوضاع المستعرضة (المائلة) البد ، وأحيانا حلقة من الحبل السرى . ومن السهل عند وقوع اليد تحسس الإبط . وبواسطة الإبط يمكن الاستنتاج الى أين يكون الرأس متجها ، أى معرفة الموقع . فيقع الرأس فى تلك الجهة ، التى يطبق فيها الإبط . فاذا كان الإبط مغلقا فى اليسار ، كان الموقع الاول (الرأس من اليسار) وبالعكس .

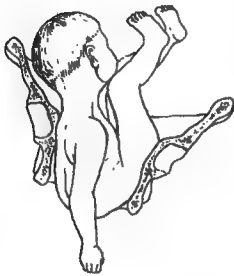
فمن الضرورى ضبط ماذا وقع فى المهبل : يد أم قدم . وما يميز القدم : صابونة الركبة وحلبة العظم العقبى ، فالأصابع على القدم متساوية فى الطول تقريبا ، والأصبع الكبير لا يمكن تحويله الى جانب . وإن كف اليد يتحول الى الساعد بدون بروز ، والأصابع هنا أطول من أصابع القدم ، والأبهام قابل للتحويل الى جنب ويثنى الى الراحة . ويجب تحديد أية يد سقطت : اليمنى أم اليسرى . ولهذا الغرض يبنى « المصافحة » ذهنيًا مع اليد الساقطة ، فاذا تسنى ذلك ، فإن اليد الساقطة هى اليمنى ، وإذا تعلم ذلك — كانت اليد يسرى . وهناك طريقة أخرى لتحديد اليد اليمنى واليسرى . ويجرى ادارة راحة اليد الساقطة الى أعلى وعلى ضوء اتجاه الابهام يتقرر أية يد هذه : فاذا كان الابهام متجها الى اليمين ، كانت اليد الساقطة هى اليمنى ، وإذا كان الى اليسار — فاليسرى . فاكتشاف الموقع وتحديد أى يد وقعت (اليمنى أم اليسرى) سهل تحديد نوع الموقع .

إن وقوع اليد اليمنى ، عند الموقع الاول ، يشير الى النوع الأمامى ، واليسرى — الى الخلفى . وإن وقوع اليد اليمنى ، عند الموقع الثانى ، يدل على النوع الخلفى ، واليسرى — على الأمامى . إن سير الولادة عند الوضع المستعرض (المائل) هو مرضى . وفى حالات استثنائية نادرة فقط يتحول الجنين فى بداية الولادة من الوضع المائل أو المستعرض الى الطولى (الانقلاب التلقائى) . وتبقى الأوضاع المستعرضة (المائلة) أثناء الولادة عادة ، وتنشأ نتيجة لذلك اختلاطات خطيرة بالنسبة للأم والجنين .

ولا يوجد ، عند الأوضاع المستعرضة (المائلة) ، جزء متقدم للجنين ، فالمياه الأمامية والخلفية غير مفصولة بعضها عن البعض ، وإن جميع المياه تسمى ، عند تقلصات الرحم ، الى القطب السفلى من البضعة ، مما يؤدى الى تمزق كيس الجنين فى وقت مبكر . وتنسكب عادة جميع المياه او تقريبا جميعها ، وتسقط مع المياه البد ، وأحيانا حلقة من الحبل السرى .

ويتقلص الرحم بعد خروج المياه ويحتضن الجنين الذى يصبح عديم الحركة ، ويمكن نتيجة للتقلصات الشديدة لمضلات الرحم ان تنشأ اختلالات فى الدورة الدموية للمشيمة واختناق الجنين .

فيهبط ، بفعل قوى الولادة ، الجنين الواقع بصورة مستعرضة فى الفلقة السفلى للرحم ، التى تصبح جدرانها رقيقة ، فيتثنى العمود الفقرى للجنين ، خاصة فى منطقة الرقبة ، فينفرس الكتف فى الحوض (شكل ٤٢) ، ويتم استسقاء اليد الساقطة وإزرقاقها .
ويعتبر عدم تحرك الجنين ، واختراق الكتف للحوض ، وتورم اليد الساقطة وإزرقاقها ، من أعراض الوضع المستعرض المستعصى .



شكل ٤٣ . التملص الذاتى للجنين



شكل ٤٢ . الوضع الرضى المستعصى (نوع الفلقة السفلية للرحم بشدة)

ان الوضع المستعرض الممهل يعتبر اختلاطا خطرا ، وبدون تقديم المساعدة اللازمة فى الحين يصاب الرحم بالتمزق وتكون نتيجة موت الأم والجنين .
وقلما يحدث عند الوضع المستعرض الممهل ضعف قوى الولادة الثانوى مع نشوء عدوى تسممية فيما بعد .

ويمكن ، فى حالات استثنائية ، أن يولد الجنين المخدبج الميت العطين فى وضع مستعرض عن طريق التملص التلقائى (شكل ٤٣) . ويخترق كتف الجنين ، السهل الانضغاط الحوض ويخرج من تحت القوس العائى ، فيتثنى العمود الفقرى بشدة ويمر بمحاذاة الكتف وبعد ذلك عبر الحوض الجذع ، الأليتان والقدمان ، بعد ذلك يولد الكتف الثانى والرأس .

كما ويلاحظ بصورة نادرة للغاية ولادة الجنين المخلوج الميت المنحنى (ولادة بجذع منحن ، شكل ٤٤) ، ويتشنى ، بعد ولادة الكتف المغروس جذع الجنين المخلوج الميت ، بشدة فى المنطقة الصدرية ، ويلتصق الرأس بالبطن وبهذه الحالة يجتاز الجنين طرق الولادة .

قيادة الحمل والتوليد . ان الوضع المستعرض (المائل) للجنين ، المكتشف فى وقت مبكر نسبياً (فى الشهر VII - VIII) يمكن أن يتحول تلقائيا الى الوضع الطول . ومما يساعد على

انقلاب الجنين من الوضع المائل الى الوضع الطول هو استلقاء المرأة على الجنب الذى يقع فيه الجزء الضخم الواقع تحت (الرأس ، الاليتان) . فمثلا ، لو أن الرأس يقع فى المنطقة الحرقفية اليسرى ، تنصح الحامل بأن تضطجع على الجنب الأيسر . فعند ذلك يتميل قعر الرحم والنهية الحوضية الى اليسار ، أما الرأس - فالى اليمين ، الى



شكل ٤٤ . الولادة بجسم مثنى سفاف

مداخل الحوض ، ويمكن ان يتحول الوضع المائل الى وضع طول . وينصح اذا كان الرأس فى المنطقة الحرقفية اليمنى ، بالاضطجاع على الجانب الأيمن . واذا كانت ، عند الوضع المائل اليها الجنين تحت ، فمن الافضل القلب على النهاية الحوضية . ويتم أحيانا الانقلاب الى الوضع الطول نتيجة لتمرارين خاصة (الاستلقاء لمدة ١٠ دقائق على الجنب الايمن واليسر بالتناوب خلال ساعة واحدة ٣ - ٤ مرات فى اليوم) .

ترسل المرأة اذا استمر الوضع غير الصحيح للجنين فى الاسبوع ٣٥ - ٣٦ من الحمل الى قسم التوليد فى مستشفى المنطقة أو دار توليد المدينة ، حيث تبقى الى حين الولادة . ويستطيع الطبيب فى دار التوليد القيام بمحاولة لقلب الجنين من الوضع المستعرض (المائل) الى وضعه الطول بطرق خارجية .

وعند عدم نجاح القلب الخارجى أثناء الولادة يجرى القيام بالقلب الداخلى مع اخراج الجنين فيما بعد . ويجرى القيام بالقلب الداخلى حينما يكون المزدرد مفتوحا تماما ولم تخرج المياه بعد (يتمزق كيس الجنين أثناء القلب) او مباشرة بعد انسكاب المياه . ولهذا فمن المهم للغاية ، أثناء الولادة ، المحافظة على سلامة كيس الجنين حتى نهاية دور الافتتاح . فلا يسمح

للماخض بالنهوض من الفراش ، وتنصح بأن تستلقي على ذلك الجنب ، الذى يقع من جهة الرأس أو النهاية الحوضية ، اذا كانت أقرب من مدخل الحوض . ويمكن تجنب الخروج المبكر للمياه وذلك بادخال بالون من المطاط - موسع المهبل .

ويتم حالما ينتهى الافتتاح تمزيق الأغشية ويجرى القلب والاخراج .

ويتم القيام ، عند خروج المياه تلقائيا ، بالفحص المهبلى حالا ، فعند الافتتاح الكامل يتم القيام حالا بقلب الجنين وانتشاله ، وعندما يكون الافتتاح غير كامل يولج فى الرحم موسّع الرحم الذى يساعد على الاحتفاظ ببقايا المياه ويعجل بانفتاح المزرد .

وسرعان ما يتم القيام ، فى عدد من الحالات عند توافق الوضعية العرضية أو المائلة للجنين مع حالة مرضية أخرى (ضيق الحوض ، مسنة تلد لأول مرة) ، بعد بدء النشاط الولادى بالعملية القيصرية .

وغالبا ما يموت الجنين عند الوضع المستعرض المهمل فيلجأ فى أحوال كهذه الى العمليات المفتتة للجنين ، فاذا كان الجنين لا يزال حيا ولا توجد هناك موانع للقيام بفتح البطن (عدوى) ، يمكن اجراء العملية القيصرية . ويمنع عند الوضع العرضى المستعصى القيام بقلب الجنين لان ذلك يؤدى الى تمزق الرحم . ان تمزق الرحم ممكن الوقوع حتى عند المحاولة لقلب الجنين . ويجب أن تجرى الولادة ، عند الوضع المستعرض والمائل بوصفها حالة مرضية شديدة فى المستشفى حيث يعمل طبيب . فاذا لم ترسل المرأة لسبب ما الى المستشفى فى الحين ، فترسل فى بداية الولادة بوسيلة نقل مريحة وبرقعة قابلة الى دار التوليد .

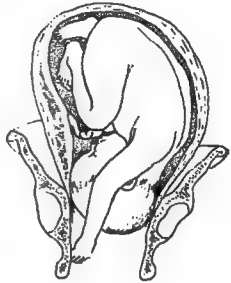
وتقوم القابلة ، عند الوضع المستعرض المستعصى بحقن الماخض ؛ ٠,٠١ غرام من المورفين او ؛ ٠,٠٢ غرام من الباثوبون واستدعاء الطبيب حالا . ولا يجرى القيام بتجبير اليد الساقطة لأنها ستعيق بعد تجبيرها من جديد . عدا ذلك فان محاولة التجبير ، عند الوضع المستعرض المستعصى قد تؤدى الى تمزق الرحم .

سقوط الاجزاء الصغيرة والحبل السرى

يميز بين تقدم وبين سقوط الاجزاء الصغيرة للجنين (اليد ، القدم) والحبل السرى . فما دام كيس الجنين سليما ويتحدد بجنب الجزء المتقدم (أو تحته) من خلال الأغشية ، جزء صغير من الجنين أو حبله السرى ، يقال إن هذه الأجزاء متقلمة .

ان وقوع الحبل السرى والاجزاء الصغيرة بعد خروج المياه ، دون الجزء الضخم المتقدم يسمى بالسقوط .

واكثر ما يحدث سقوط اليد عند الوضع المستعرض (المائل) ، غير أنه يصادف أن يحدث كذلك عند الوضع الطويل (شكل ٤٥). ويحدث سقوط اليد، عند تقدم الرأس، حينما يكون هناك فراغ واسع بين الرأس والحوض . ولهذا يلاحظ هذا الاختلاط فى حالة الجنين المخدوج ، التوأمين (رأس صغير) ، الحوض المفلطح ، الاستسقاء (وضع الرأس عالياً فى لحظة خروج المياه) .



وليس لسقوط اليد، عند الوضع المستعرض أهمية مرضية مستقلة . فعند عملية قلب الجنين على قدمه فان يده تتوغل فى الطرق التناسلية من تلقاء ذاتها أثناء القلب . وتستعمل اليد، عند عملية تفتيت الجنين ، حينما يكون الوضع المستعرض مستعصيا ، كمقبض لسحب الجنين الى أسفل ولا تنشال الجذع (عند الاقتران) .

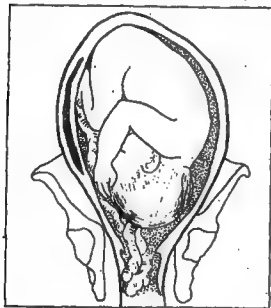
ويعتبر سقوط اليد عند جبهة الرأس اختلاطاً خطراً للولادة . فاليد الواقعة جانب الرأس ، تضيق فراغ الحوض وتعزل تقدم الرأس ، ويصبح طرد الجنين ، نتيجة لذلك ، صعباً أو حتى مستحيلاً . وتنتهى الولادة بسلامة ، فقط اذا ما كان الرأس غير كبير (جنين مخدوج ، نوائم) أو لم تسقط اليد كلها بل الكف فقط . وتنشأ ، عند سقوط اليد كلها اختلاطات مختلفة : ازدياد طول دور الطرد ، التهاب بطانة الرحم أثناء الولادة ، اختناق الجنين ، وكثيراً ما ينشأ ضعف قوى الولادة الثانوى أو تبدأ تقلصات تشنجية فى الرحم ، انحصار الأنسجة اللينة ، لطرق الولادة ، ومن المحتمل تمزق الرحم .

ويكتشف تقدم وسقوط اليد عند الفحص المهبلي (يتم تحسس اليد المتقدمة من خلال الأغشية) . وتوضع الماخص ، عند جبهة اليد ، على الجانب المقابل لليد المتقدمة ، عند ذلك يتحول قعر الرحم مع البتة الجنين الى تلك الجهة ، أما اليد المتقدمة فتزحف الى أعلى. ويدخل الرأس بعد خروج المياه الحوض وتزول الظروف التى تساعد على سقوط اليد .

ويكون الاستلقاء على الجانب ، عند سقوط اليد ، بدون فائدة . فإذا كان الرأس متحركاً ، تجرى أذاخته بحذر الى أعلى ويتم تثبيت اليد خلفه . وإذا لم يتسن تثبيت اليد أو أنها تسقط من جديد ، فيجربى ، عند خروج المياه تواء ووجود جنين متحرك ، قلب الجنين على قدمه ، وفى عدد من الحالات - العملية القيصرية .

ويجرى الانتظار للقيام بالتوليد ، عند هبوط الرأس فى تجويف الحوض ، فإذا بدأت مضاعفات (اختناق الجنين ، ضعف قوى الولادة الثانوى) يتم انهاء الولادة عن طريق استعمال الملاقط القبالية .

وكثيرا ما يلاحظ سقوط الحبل السرى عند الوضعيات المستعرضة (المائلة) للجنين عندما تكون القلقة السفلى للرحم غير مشغولة بالجزء المتقدم . ويمكن ان يسقط الحبل السرى عند



شكل ٤٦ . سقوط الحبل السرى

الوضع الطولى ايضا ، اذا لم يملأ الجزء المتقدم مدخل الحوض (شكل ٤٦) . ولهذا فان هذا الاختلاط يوجد عند ضيق الحوض ، وعند الجيئات الاعتدالية ، حينما يبقى الرأس لمدة طويلة غير مركب فى مدخل الحوض ، عند التوأمين (رأس غير كبير) ، وكذلك عند جيئات الحوض . ويمكن ، عند الاستلقاء ، ان تقلت من جنب الجزء المتقدم حلقة من الحبل السرى مع المياه التى تنسكب تحت الضغط . وما يساعد على سقوط الحبل السرى هو الطول المفرط له .

وتنحصر حلقة الحبل السرى الساقطة بسهولة ، ولهذا فانها لا تعوق مرور الجزء المتقدم عبر قناة الولادة . غير أن هذا الاختلاط للولادة يشكل خطرا جسيما للغاية على الجنين . فينحصر عادة الحبل السرى الساقط ، بين الجزء المتقدم وجدار الحوض ، وتختل الدورة الدموية للجنين الذى يموت ، اذا لم تقدم المساعدة اللازمة . ويمكن تجنب موت الجنين عند اكتشاف سقوط الحبل السرى فى الحين والانتقاء الصحيح لطريقة التوليد .

. ويجرى سقوط الحبل السرى عادة أثناء خروج المياه ، ولتشخيص هذا الاختلاط فى الحين ، من الضرورى القيام بالفحص المهبلى بعد خروج المياه مباشرة . هذا ضرورى خاصة عند وجود ظروف تساعد على سقوط الحبل السرى (وضع مستعرض ، حوض ضيق ، استسقاء وغيرها) .

ويجب فحص حلقة الحبل السرى الساقطة فى المهبل بحذر شديد ، لان اثاره أوعية الحبل السرى تؤدى الى تقلصها وضيق الدورة الدموية للجنين . فاذا كانت أوعية الحبل السرى تنبض ، كان الجنين حيا ، اما انعدام النبض ليس أثناء تقلصات الرحم فقط ، بل وفى الفاصل بينها أيضا فيشير الى موت الجنين .

وإذا تسنى وضع تشخيص جيئة الحبل السرى (الجس ، الفحص المنظارى للامنيون) توضع الماخص على جنبها المقابل للحبل السرى المتقدم . فعند وضع كهذا يمكن لحلقة الحبل السرى ان تبتعد الى أعلى ، فيهبط ، بعد خروج المياه ، الرأس ويملا مدخل الحوض .

ان سقوط الحبل السرى ووجود جنين حى يحتم تقديم المساعدة العاجلة . ويجرى القيام ، عند الوضع المستعرض ، والانفتاح التام للمزرد وتحرك الجنين ، بقلب الجنين على القدم ومن بعد انتشاله . وإذا كان الحبل السرى قد سقط والرأس متحرك ، وتم قبل قليل خروج المياه ، وكان افتتاح المزرد كاملا ، كذلك يقتضى الأمر القيام بقلب وانتشال الجنين . وتنتهى الولادة عند جيئة الحوض وانفتاح المزرد بصورة تامة ، بانتشال الجنين من قدمه أو من ثنية المغبن ، اذا ما ظهرت أعراض اختناق الجنين . وعند هبوط أليتي أو قلمي الجنين غير كبير الحجم فى الحوض فان انحصار الحبل السرى لا يتم دائما ، ففى أحوال كهذه يجرى مراقبة الولادة بانتظار ، ويتم المراقبة الدقيقة لضربات قلب الجنين . وتستعمل عند وقوف الرأس فى تجويف الحوض (الولادة بجيئة الرأس) ، والجنين حى (الحلقة الواقعة من الحبل السرى تنبض) الملاقط حالا . وتجري ، عند الانفتاح غير التام ، محاولة إعادة حلقة الحبل السرى الى مكانها وادخال موضع الرحم او اللجوء الى العملية القيصرية .

وتتم الولادة عند جيئة وسقوط الحبل السرى تحت اشراف طبيب لانه فى معظم الحالات يقتضى الأمر القيام بالعمليات القبلية .

ومن بين جميع طرق التوليد ، التى يلجأ الى استعمالها ، عند سقوط الحبل السرى ، تستطيع القابلة عند غياب الطبيب القيام بقلب الجنين وانتزاعه .

الباب الثامن

الانحراف عن الآلية الطبيعية للولادة

تعتبر آلية الولادة ، عند النوع الأمامي للجينة بالقذال ، طبيعية ، حينما ينحني الرأس ويمتاز الحوض بأصغر بعد له (المائل الصغير) .

ان الولادة عند النوع الخلفي للجينة بالقذال كذلك تنتمي الى الصنف المنحني وهي عبارة عن نوع من الآلية الرئيسية للولادة .

وكثيرا ما تلاحظ انحرافات عن الآلية الرئيسية للولادة ، تعقد مجرى الولادة بدرجة صغيرة او كبيرة . ومن هذه الانحرافات : جيئات الرأس المستقيمة ، التركيبات اللاانزاملية للرأس ، الوضع العالى المستقيم والمنخفض المستعرض للرأس .

الجيئات المعتدلة للرأس

يعتبر القذال ، عند النوع المنحني من آلية الولادة (جينة بالقذال) الجزء السائر ، الى الأمام ، من الرأس ، والمركز الدليل — هو اليافوخ الصغير ، ويمر الرأس عبر الحوض بمحيطه يتفق مع البعد المائل الصغير (عند النوع الخلفي — مع المائل المتوسط) .

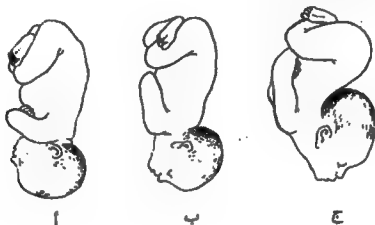
ويمر الرأس أحيانا عبر الحوض فى حالة منتصبه . فتبتعد منطقة تحت اللقن عن القفص الصدرى ، ويصبح الجزء ، السائر الى الأمام ، من الرأس هو الهامة ، الجبين والوجه . وبهذه الصورة تنشأ الجيئات المستقيمة .

فهناك ثلاث درجات لاعتدال الرأس وبالمقابل ثلاثة انواع من الجيئات المستقيمة (شكل ٤٧) .

١ — فيبتعد ، عند الدرجة الأخف من الاعتدال ، الفك السفلى عن القفص الصدرى ، ويصبح الجزء السائر فى الأمام هو الهامة ، ويعتبر اليافوخ الكبير هو المركز الدليل — جينة أمامية للرأس (شكل ٤٧ ، أ) .

٢- وتتصف الدرجة الثانية باعتدال اكبر للرأس ، ويصبح الجبين هو الجزء الاكثر انخفاضا - جبهة بالجبين (شكل ٤٧ ، ب) .

٣- ويتم عند الدرجة الثالثة أقصى اعتدال ، فيهيط قسم الوجه من الرأس اكثر من الاجزاء الاخرى ، ويصبح الفك السفلى المركز الدليل - جبهة بالوجه (شكل ٤٧ ، ج) .
أسباب نشوء الجيئات المنتصبة مختلفة ، فاليها تنتسب جميع الحالات التي تمرقل انحناء الرأس . ان الجيئات المنتصبة اكثر ما تحدث في الحوض الضيق (لاسيما المفلطح) . فعند



شكل ٤٧ . جيئات مستقيمة للرأس
 أ- جبهة بالرأس أمامية ، ب- جبهة بالجبين ، ج- جبهة بالوجه

تباين أبعاد الحوض (ضيق) مع أبعاد الرأس يحدث الانتصاب نتيجة لتأخر هبوط القذال ، الذي يعتبر أوسع منطقة في الرأس .

وقد تحدث عرقلة كهذه للانحناء ، عندما يكون الرأس كبير الحجم بشكل مفرط . عدا ذلك فان الرأس الصغير يستطيع المرور عبر الحوض في حالة منتصبة . وتنعلم بصورة تامة تقريبا في الحالة الأخيرة الآلية المألوفة في الولادة .

ويمكن أن تحدث الجيئات المنتصبة نتيجة لخروج المياه قبل الأوان (خاصة عند الاستسقاء) ، فاذا كان الرأس واقعا ، في لحظة خروج المياه ، في حالة منتصبة ، فهو يستطيع الثبوت في هذه الحالة . ومن الاسباب النادرة في نشوء الجيئات المنتصبة هي أورام الرقبة ، التي تمرقل الانحناء ، الشكل المستطيل للرأس (الممدود من الأمام الى الخلف) ، الذي يتم عنده تأخر هبوط القذال . ولآلية الولادة ، عند جميع الجيئات المنتصبة ، الميزات العامة التالية .

١ - تعتبر المرحلة الأولى من آلية الولادة هي انتصاب الرأس (بالمقارنة مع الجبهة بالقلدال عندما يجرى انثناءا انحناء الرأس) .

٢ - يدور الرأس عند جميع الجينات الانتصابية في تجويف الحوض كقاعدة بقلداله الى الخلف . وان دوران الرأس المنتصب بقلداله الى الأمام يجرى كحالة استثنائية ، والولادة في هذه الحالة تكون مستحيلة عادة .

جبهة جبهة الرأس

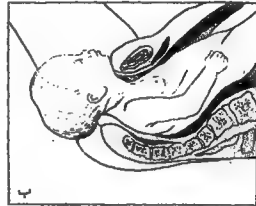
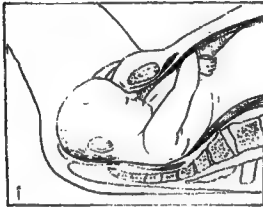
لا يتيسر عادة عند الفحص القبالي الخارجى اكتشاف جبهة جبهة الرأس . ويكون عند الفحص المهبلى فى دور الانفتاح كلا اليافوخين واقعين على مستوى واحد . فيهبط فى دور الطرد، اليافوخ الكبير الى اسفل ويصبح المركز الدليل اما اليافوخ الصغير فيتأخر فى حركته ولهذا من الصعب مناله ، ويتسنى لمس النهاية العليا من درز الجبين ، الذى يتعد عن القسم الأمامى اليافوخ الكبير . وبهذه الصورة تعتبر الهامة مع اليافوخ الكبير المنطقة الواقعة أسفل الجميع .
آلية الولادة . يستقر الرأس فى مدخل الحوض ببرزه السهمى (وبجزء من درز الجبين) فى البعد العرضى أو فى المائل تقريبا ، ويقع اليافوخ الكبير والصغير على مستوى واحد .
المرحلة الأولى - انتصاب غير كبير ، يتعد الفلك السفلى عن القفص الصدرى ، وتهبط الهامة ، ويقع اليافوخ الكبير أسفل الصغير ، فهو يعتبر المركز الدليل . وبهذه الوضعية يهبط الرأس فى الحوض .

المرحلة الثانية - الدوران الداخلى للرأس . يتم فى تجويف الحوض دوران الرأس بقلداله الى الخلف ، ويتحول الدرز السهمى الى البعد المائل الحوض . وينتهى دوران الرأس فى مخرج الحوض ، فاليافوخ الكبير متجه نحو العانة ، والصغير - الى العجز ، ويقع الدرز السهمى فى البعد الطولى .

المرحلة الثالثة - وتحدث أثناء اجتياز الرأس ، وتتألف من : أ) انثناء ، ب) انتصاب الرأس المجتاز . فتظهر ، فى البداية من الفرج ، هامة الرأس مع اليافوخ الكبير ، ويعبر بعد ذلك الجبين ، وتقرب منطقة القصببة الأتنية من الطرف السفلى للقوس العانى . وتعتبر منطقة القصببة الأتنية (glabella) أول مركز للتثبيت (شكل ٤٨ ، أ) . وينحنى الرأس حول هذا المركز . ويتم فى هذه اللحظة عبور القلدال الى حد ثنوء القلدال . ومن ثم يستند ثنوء القلدال

الى منطقة مفصل العجز - العنصر ، مكونا مركز التثبيت الثانى . ويجرى حول هذا المركز انتصاب الرأس ، ويخرج أثناء الانتصاب من تحت العانة وجه الجنين (شكل ٤٨ ، ب) .

المرحلة الرابعة - الدوران الخارجى للرأس والدوران الداخلى للكفين . يمر الرأس عبر الحوض ويجتاز حلقة الفرج بمحيط مقداره ٣٤ سم ، يطابق البعد الطولى للرأس (١٢ سم) . ويقع الورم الرأسي فى منطقة اليافوخ الكبير ، وان هيئة الرأس بارزة بوضوح ، فهو ممتد الى الاعلى بواسطة الهامة ، ويشبه بشكله البرج (شكل ٤٩) . ان آلية الولادة عند الجبهة بجهة الرأس تذكرنا بالنوع الخلفى للجبهة بالقذال . غير أن



شكل ٤٨ . اجتياز الرأس عند جبهة الرأس أمامية .
أ - الحناء الرأس حول مركز التثبيت الاول ، ب - ابدال الرأس حول المركز الثانى للتثبيت

التشابه هو خارجى ويكمن فى ان الولادة فى الحالتين تتم حسب الوضع الخلفى . وفيما يتبقى فان آلية الولادة عند الجيئات المذكورة تكون مختلفة . ويمر الرأس المنحنى عند النوع الخلفى للجبهة بالقذال بمحيط مقداره ٣٣ سم (بواسطة البعد المائل المتوسط) . ويجتاز الرأس المنتصب الحوض والعجان عند جبهة أمامية للرأس ، بمحيط قدره ٣٤ سم . ويقع المركز الدليل عند النوع الخلفى على الحدود بين اليافوخ الكبير والصغير ، ويعتبر المركز الدليل ، عند الجبهة الأمامية للرأس ، هو اليافوخ الكبير . ويعتبر مركز التثبيت الاول ، عند النوع الخلفى للجبهة بالقذال ، هو حدود المنطقة الشعرية من الرأس ، اما الثانى - حفرة تحت القذال ، بينما تكون القصبة الألفية ، هى مركز التثبيت الاول ، عند الجبهة الأمامية للرأس ، وللتوء القذالى - هو الثانى .

سير الولادة عند الجبنة الأمامية للرأس . ان دور الطرد طويل ، لأن الرأس المستصعب يمر عبر الحوض ببعد كبير نسبيا (البعد الطويل) ويلقى عرقلة كبيرة من جانب طرق الولادة ويمكن أن ينشأ ، عند ضيق الحوض وضخامة الجنين ، نشاط ولادى تشنجى وتمطي الفلقة السفلية بصورة مفرطة أو ضعف قوى الولادة الثانوى ، وتوقف زحف الرأس ، انحصار الانسجة اللينة لطرق الولادة والمثانة ، واختناق الجنين داخل الرحم . وتنتهى الولادة عند الحوض الطبيعى ، والحجم الطبيعى للجنين والنشاط الطبيعى للولادة ، بصورة تلقائية .

التريث فى التوليد . تراقب القابلة بانتباه الحالة الصحية للماخض وطبيعة النشاط الولادى ، وتقدم الرأس ، وتستمع بصورة منتظمة الى ضربات قلب الجنين وتعددها . وينصح بالوقاية من اختناق الجنين . والمفروض ان ينحى الرأس فى لحظة الاجتياز الى الأمام (نحو العانة) ، فبعد اجتياز القذال ، يؤخذ الرأس باليد ويجرى القيام بتعديله بحلر الى الخلف . ويلجأ الى التدخلات الجراحية عند نشوء اختلاطات فقط (ضعف قوى الولادة الثانوى ، اختناق الجنين وغيرها) . ويتم التوليد تحت اشراف الطبيب .



الجبنة بالجبين

يمكن أن تكون الجبنة بالجبين مؤقتة ، فكثيرا ما يشتد فى شكل ١٩ . تكيف الرأس مجرى الولادة انتصاب الرأس وتتحول الجبنة بالجبين الى جبنة وتناقص عند جبنة بالرأس أمامية بالوجه . فاذا لم يتم الانتصاب الأقصى ، تثبت الجبنة بالجبين .

وتوجد الولادة ، التى يتقدم فيها الجبين ، بصورة نادرة جدا (مرة واحدة من بين ٢٠٠٠ - ٣٠٠٠ ولادة) ، وسيرها طويل . وكثيرا ما تحدث فى دور الطرد مضاعفات ، تهدد سلامة الأم والجنين . وان انتهاء الولادة ، التى يتقدم فيها الجبين ، بصورة تلقائية ممكن عند الحوض الطبيعى أو الواسع فقط ، وعندما يكون الجنين غير كبير الحجم (مخلوج) ، وحينما يكون النشاط الولادى جيدا .

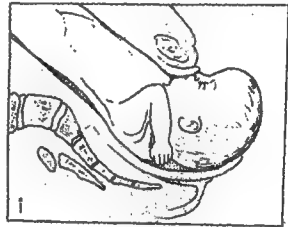
ان اكتشاف الجبنة بالجبين عن طريق الفحص الخارجى أمر صعب . ويوضع عند الفحص المهبل تشخيص الجبنة بالجبين حينما يجس الجبين مع درز الجبين عندما يكون الرأس ملتصقا بشدة بالحوض أو يكون داخلا الى الحوض .

ومما يميز الجيئة بالجبين هو انه تجس من إحدى جهتي الدرز الجبيني قاعدة الأنف وقوس الحاجبين، ومن الجهة الأخرى الزاوية الأمامية لليافوخ الكبير . فاذا كان الرأس متحركاً فمن الممكن أن تتحول الجيئة بالجبين الى جيئة بالوجه .

آلية الولادة . المرحلة الأولى - انتصاب الرأس ، يستقر الرأس ببعده المائل الكبير في مدخل الحوض ، وتقع اسفل الاجزاء الاخرى قاعدة الأنف ، وهي تعتبر المركز الدليل . ويقع درز الجبين في البعد العرضي لمدخل الحوض . ويهبط الرأس بهذه الوضعية حتى قعر الحوض (اذا لم يكن كبيراً والنشاط الولادي جيد) .



شكل ٥١ . تكيف الرأس وتناسقه
عند الجيئة بالجبين



شكل ٥٢ . اجتياز الرأس عند الجيئة بالجبين

المرحلة الثانية . الدوران الداخلي للرأس بالقلدال الى الخلف ، وبالمسحجرين الى الأمام (نحو الارترافاق) ، يتحول درز الجبين الى البعد المائل ومن ثم الى البعد الطويل لمخرج الحوض . وتمت المرحلة الثالثة أثناء الاجتياز وتتكون من : (أ) انحناء ، ب) انتصاب الرأس . يظهر من الفرج ، عند المخاض الشديد جدا ، الجبين ، العينان ، الأنف (شكل ٥٠) ، بعد ذلك يستند الفك العلوي الى الطرف السفلي من الارترافاق (المركز الاول للثبت) ، فينحني الرأس ، وفي لحظة الانحناء تلوح فوق العجان هامة الرأس وقلداله . ويستند فيما بعد تنوء القذال (المركز الثاني للثبت) الى مفصل العجز - العصعص ، فيتم انتصاب الرأس الذي يظهر منه الفم والفك السفلي من تحت العانة .

المرحلة الرابعة من آلية الولادة اعتيادية - دوران خارجي للرأس يتوقف على الدوران الداخلي للكفين .

فيمرض الرأس الى التكيف الشديد ، ويمتد باتجاه الجبين (شكل ٥١) ، فالورم الولادى عادة كبير ، ويقع فى منطقة الجبين . ويعبر الرأس بمحيط قدره ٣٥ سم (يتفق مع البعد المتوسط بين البعد المستقيم والبعد المائل الكبير) .

ان سير الولادة طويل ومرضى عادة . وقلما يلاحظ انتهاء الولادة بصورة تلقائية (جنين ليس كبير الحجم ، تقلصات قوية للرحم ، وحوض واسع) . وان دور الطرد طويل . ومن غير النادر نشوء ضعف قوى الولادة الثانوى ، انقطاع تقدم الرأس ، انحصار الأنسجة اللينة لطرق الولادة والمثانة ، واختناق الجنين . ويمكن ان تتكون ، نتيجة لانحصار الأنسجة اللينة لفترة طويلة ، قرح تؤدى الى نشوء النواسير البولية التناسلية . ويمكن أن ينشأ نشاط ولادى شديد للغاية ، وتمطى الغلظة السفلى للرحم وتمزق الرحم . وكثيرا ما تلاحظ تمزقات عميقة للمجان . فيولد الطفل مع ظواهر الصدمة الولادية لداخل الجمجمة ، وغالبا ما تلاحظ ولادات ميتة .

التوليد . عند تقدم الجبين يقوم بالتوليد الطبيب فقط . اذا لم يتركب الرأس بعد ، يجرى القيام بمراقبة الولادة والانتظار ، لان انتصاب الرأس قد يشتد وعند ذلك تتحول الجبهة بالجبين الى جبهة بالوجه . ان محاولات تحويل الجبهة بالجبين الى جبهة بالوجه (بالاصبع المولج فى القم) تكون عادة بلا فائدة وغير خالية من الخطر . ولهذا فاذا لم تتعدل الجبهة بالجبين من تلقاء نفسها ، ولم يتركب بعد الرأس ، والجنين حى ، وانفتاح المزرد كامل ، يتم القيام بقلب الجنين على قدمه وانتشاله . ويمكن ، عند الجنين التميم وعدم وجود ظروف مناسبة لاجراء القلب ، طرح موضوع التوليد عن طريق العملية القيصرية .

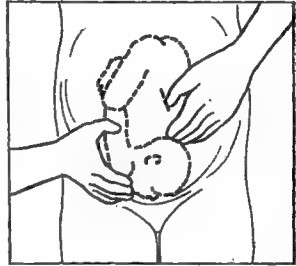
وتجرى حينما يهبط الرأس الى باطن الحوض مراقبة الولادة ، ومراقبة الحالة الصحية للأم والجنين بدقة . ويجرى عند نشوء اختلاطات (ضعف قوى الولادة ، انحصار الانسجة اللينة لطرق الولادة لمدة طويلة بين الرأس وجدران الحوض ، علامات تهديد بتمزق الرحم) انتهاء الولادة بطريقة جراحية . وفى احوال كهله فان الجنين يموت عادة ، ولهذا يتم فذخ الجمجمة .

الجبهة بالوجه

تتكون الجبهة بالوجه عادة أثناء الولادة ، وبصورة أقل - أثناء الحمل ، فهى تعتبر نتيجة للانتصاب الأقصى للرأس . وتؤلف الولادات فى الجبهة بالوجه حسب معلومات العالم السوفيتى جوردانيا ٢٣,٠٪ من المجموع العام للولادات .

ان معرفة الجيئة بالوجه واكتشافها ممكن عند الفحص الخارجى والداخلى . ونتيجة للانتصاب الأقمصى يستلقى الرأس الى الوراء ، وتتكون بين القذال والظهر ثقرة ، ويقوس ظهر الجنين الى الأمام ولهذا يتعد عن جدار الرحم ، أما القفص الصدرى فيالعكس يقترب منه . إذن ، فالقحفص الخارجى عند تقدم الوجه يسمح باظهار المعلومات المميزة : (١) الثقرة بين الظهر والرأس المستلقى الى الوراء (شكل ٥٢) ، (٢) أحسن مكان لسماع ضربات قلب الجنين هو ليس من جهة الظهر ، وانما من جهة

القفص الصدرى (هناك حيث يتم تحسس الاجزاء الصغيرة) . ويتم ، عند الفحص المهبلى تحسس : الجبين (مع درز الجبين) ، الاقواس فوق الحاجبين ، الأنف ، الفم والفلك السفلى للجنين . ويتكون بعد خروج المياه الورم الولادى ، الذى قد يحول دون اكتشاف الجيئة بالوجه . ويمكن ان تحسب عند الورم الولادى الكبير ، الجيئة بالوجه كجيئة بالآلية .



شكل ٥٢ . نتائج الفحص الخارجى عند الجيئة بالوجه

ولتمييز بين الجيئة بالوجه عن الجيئة

بالآلية ، يجب التذكر بأنه عند الجيئة

بالآلية ، يتم تحسس العجز ، الاجزاء الجنسية من الجنين ، ثنية المغنن ، وعند الجيئة بالوجه - الاقواس فوق الحاجبين ، الأنف ، الفم ، اللقن . وعند الورم الولادى الكبير ، يحسب أحيانا فم الجنين خطأ ، وكأنه الفتحة الخارجية للمستقيم . فاذا تم ادخال الاصبع فى الفم ، أمكن تحسس الفكين ، اللسان وتحت اللقن ، واذا أدخل الاصبع فى الفتحة الخارجية فانه يلاقى مقاومة المعصرة . غير أنه لا ينصح بادخال الاصبع ، وذلك لانه يمكن تعريض الجنين الى الأذى . وينبى التذكر بأن الفحص المهبلى عند الجيئة بالوجه يجب أن يتم بمتهى الحذر ، لكى لا يصاب الجنين بالاذى .

فعند الفحص المهبلى يتم التأكد من موقع ومنظر الجنين . فاذا كان اللقن متجه الى اليمين ، كان الموقع هو الأول ، وإلى اليسار - الثانى ، ويتحدد المنظر ، عند الجيئة بالوجه ، بواسطة

اللقن ، وليس بواسطة الظهر (القدال) ، كما هو الحال عند جميع الجيئات الأخرى * .
 فإذا كان اللقن يدور الى الأمام (الظهر الى الوراء) ، المنظر أمامي ، ولي الوراء — المنظر خلفي .

آلية الولادة . يلتصق الرأس عند بداية دور الطرد بملخل الحوض او يدخله ، ويقع خط الوجه ، الذي يبدأ من دوز الجبين وينتهي عند اللقن بواسطة ظهر الأنف ، في البعد العرضي للحوض او المائل نسبيا .



شكل ٥٤ . جيئة بالوجه . اختراق الرأس



شكل ٥٣ . جيئة بالوجه . دخل الرأس بملخل الحوض وهو ممثل بشدة

المرحلة الأولى من آلية الولادة — الانتصاب ، الذي يصبح أثناء اللقن انخفاض المراكز — المركز الدليل (شكل ٥٣) . وبهذه الحالة يهبط الرأس حتى قعر الحوض .

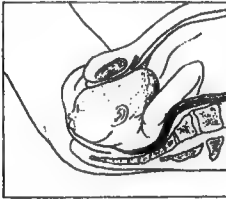
المرحلة الثانية — الدوران الداخلي للرأس — يتم في قعر الحوض . يدور اللقن أثناء الدوران عادة الى الأمام ، ويتحول خط الوجه الى البعد المائل ، ومن ثم — الى البعد المستقيم لمخرج الحوض .

المرحلة الثالثة — انحناء الرأس — ويجرى الانحناء بالشكل الآتي . يلوح اللقن من الفرج عند المخاض الشديد ، وتستند منطقة العظم اللامي على القوس العاني (شكل ٥٤) . وينحني الرأس حول هذا المركز للتثبيت ، وتظهر أثناء الانحناء الوجه ، هامة الرأس والقدال ، فوق العجان .

* ينصح كثير من الأطباء بتحديد المنظر عند الجيئة بالوجه بواسطة الظهر ، كما هو الحال عند الجيئات الأخرى.

المرحلة الرابعة فى آلية الولادة - الدوران الخارجى للرأس . فالورم الولادى يقع فى الوجه (شكل ٥٥) ، والوجه مصاب بالاديماء ، أزرق - قرمزى ، وتكون الشفتان والجفنان متفتحتين على الأخص ، ويصاب اللسان أحيانا بالتورم ايضا . ونتيجة لذلك فان المص يكون فى الأيام الأولى من الحياة متعلنا .

سير الولادة . يمر الرأس عند الجبهة بالوجه ، عبر الحوض ويجتاز حلقة الفرج بمحيط غير كبير نسبيا (٣٢ - ٣٣ سم) ، الذى يطابق البعد الشاقول (٩,٥ سم) . ولهذا تنتهى عادة الولادة عند الحوض الطبيعى والنشاط الولادى الجيد ، بصورة تلقائية . وتطول الولادة . عند الجنين



شكل ٥٥ . شكل الرأس عند الجبهة بالوجه شكل ٥٦ . جبهة بالوجه ، منظر خلفى (الولادة متعذرة)

الكبير الحجم ، والنشاط الولادى الشديد بلدرجة غير كافية ، ضيق الحوض ، وتنشأ اختلاطات (الحصار الأنسجة اللينة ، اختناق الجنين ، إلتهاب بطانة الرحم عند الولادة وغيرها) . وفى حالات نادرة يحدث اختلاط شديد - منظر خلفى لجبهة بالوجه : يدور الذقن نحو العنق ، والجنين - نحو الارتفاق (شكل ٥٦) . فيتوقف زحف الرأس ، لأن الرأس يجب ان يمر عبر الحوض سوية مع القفص الصدرى . ان حجم الرأس مع القفص الصدرى لا يتناسب مع أبعاد الحوض ، ولهذا فان الولادة فى المنظر الخلفى للجبهة بالوجه مستحيلة وتتطلب التوليد الجراحى . ان التوليد عند المنظر الأمامى للجبهة بالوجه يجرى بترقب لولوبانتظار ، لأن الولادة فى أكثر الاحوال تنتهى تلقائيا .

فى الدور الأول من الولادة توضع الماخص فى السرير كى يتم تجنب خروج المياه فى وقت مبكر . فينصح بالنوم على الجهة التى يتجه نحوها ذقن الجنين ، ويساعد وضع كهذا للماخص ، على هبوط ذقن الجنين ويسهل آلية الولادة .

وتجرى فى النور الثانى من الولادة ، مراقبة حالة الماخض والجنين ، وطبيعة النشاط الولادى ، وتقدم الرأس بانتباه . ويجرى عند المنظر الأمامى للجبهة بالوجه ، انتظار عبور النقن بصبر . بعدئذ يبدأ القيام بالتوليد . ومن الضرورى الاعتناء الشديد بالرأس ، لكى لا يتم ايلءا الوجه الماهر . ويجرى ، بعد اجتياز الوجه ، انحناء الرأس بحذر وببطء باليد اليسرى باتجاه الارتفاق ، وباليد اليمنى يتم باعتناء لإزاحة الأنسجة اللينة لطرق الولادة عن الرأس المولود . وينبغى عند الجبهة بالوجه ، المحافظة على العجان باعتناء شديد ، لانه كثيرا ما يلاحظ تمزقه ، وينصح بشق العجان ، عند وجود خطر تمزق .

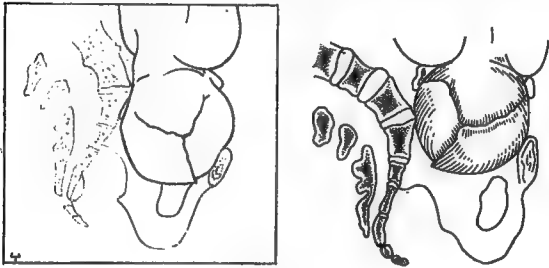
وتقدم فى حالة حدوث اختلاطات ، المساعدة الضرورية (مكافحة الاختناق ، تحفيز النشاط الولادى الخ) ، ويتم القيام بالتوليد الجراحى فقط لاسباب داعية من قبل الأم او الجنين . ومن الضرورى ، عند المنظر الخلفى للجبهة بالوجه القيام بالتوليد الجراحى (يتم اجراء العملية القيصرية عادة أو فذخ الجمجمة) ، ويلبى المساعدة الجراحية فان الولادة تكون مستحيلة ، وتموت الماخض من تمزق الرحم أو العدوى التسممية .

التركيب اللاتزاملى للرأس

يتصف التركيب التزامل (المحورى) للرأس بأن النرز السهمى يقع على مسافة مساوية من الارتفاق وطفن العجز اى بواسطة محور الحوض . وعند التركيب اللاتزاملى (اللامحورى) فان النرز السهمى ، يميل مقتربا من طفن العجز أو الارتفاق . فاذا كان النرز السهمى قريبا من طفن العجز ، يتركب العظم الجدارى الأمامى — اللاتزامل الأمامى . وعندما يقترب النرز السهمى من الارتفاق ويتركب العظم الجدارى الخلفى — يقال ان اللاتزامل خلفى . ان اللاتزامل ، الذى يكون فى درجة ليست كبيرة ، يشاهد عند الولادات الطبيعية كظاهرة مؤقتة ، ويقلد هبوط الرأس فى الحوض يزول اللاتزامل . ويعتبر هذا اللاتزامل الذى يشاهد عند الولادات الطبيعية ، فيزيولوجيا .

وان اللاتزامل الاكثر ثباتا ، والمعتدل الوضوح (فى الغالب — الأمامى) يشاهد عند الاحواض الضيقة وبالدرجة الرئيسية فى الاحواض المفلطحة . ويسهل اللاتزامل المعتدل مرور الرأس عبر المدخل الضيق للحوض المفلطح (أنظر الباب التاسع) ، ولهذا فهو كذلك يند ظاهرة طبيعية (تكيفية) :

ان الدرجات الشديدة من التركيب اللاتزاملى للرأس تعرقل أو تخل بالولادة ولهذا تعد مرضية. اللاتزامل الأمامى المرضى ، أو تركيب العظم الجدارى الأمامى . يقف الدرز السهمى عند طنف العجز ، يتركب العظم الجدارى الأمامى ، ويتأخر الخلفى عند الطنف ، ويميل الرأس الى الكتف الخلفى (شكل ٥٧ ، أ) . اللاتزامل الخلفى المرضى ، أو تركيب العظم الجدارى الخلفى . الدرز السهمى مقترب من الارتفاق أو يقع جنبه ، يتركب العظم الجدارى الخلفى ، ويتأخر فوق العانة الأمامى ،



شكل ٥٧ . اللاتزامل المرضى
أ- لاتزامل مرضى أمامى ، ب- لاتزامل مرضى خلفى

والرأس مائل الى الكتف الأمامى (شكل ٥٧ ، ب) • وتبلغ أذن الجنين طنف العجز عند الدرجة الشديدة من اللاتزامل الخلفى .

ومما يساعد على نشوء اللاتزامل المرضى : الحوض الضيق ، جدار البطن المرتخى (البطن المترهل) ، سقوط اليد بجانب الرأس والحالات الأخرى . ويوضع تشخيص التركيب اللاتزاملى عند الفحص المهبلى على أساس ان الدرز السهمى يحدد عن محور الحوض الى جهة الارتفاق أو العجز ويحتفظ بثبات بهذا الوضع .

ان اللاتزامل المرضى يعرقل تقدم الرأس . وعند النشاط الولادى الشديد ، ووجود رأس غير كبير الحجم وعدم وجود ضيق فى الحوض بدرجة كبيرة ، فقط تنتهى الولادة تلقائيا .

عندئذ يتعرض الرأس الى التكيف بشدة ، ويكتسب شكلا مائلا ، وتحت تأثير النشاط الولادى الشديد يتوغل العظم الجدارى المتقدم أعرق فأعرق فى الحوض وبعد ذلك فقط يهبط العظم الجدارى الآخر ، المتعوق لدى الطنف أو الارتفاق .

ان سير الولادة طويل ، وكثيرا ما يحدث انحصار الأنسجة اللينة لطرق الولادة والمثانة ، ضعف قوى الولادة الثانوى ، واختناق وصلمة داخل جمجمة الجنين واختلاطات أخرى . ان التنبؤ بالعاقبة يكون غير حسن خاصة عند اللاتزامل الخلفى المرضى : يعتبر تركيب العظم الجدارى الخلفى البارز بشدة ، عقبة فى طريق الولادة .

التوليد . عند اللاتزامل المرضى ينفذ التوليد من قبل الطبيب فعند اللاتزامل المحتدل ، خاصة الأمامى ، يكون التوليد انتظاريا ، ويجرى التدخل عند حدوث اختلاطات ، تهدد الأم أو الجنين . وينصح ، عند اللاتزامل الخلفى الواضح ، بالتوليد بهمة وبشاط .

فإذا كان الجنين محتفظا بقدرته على الحركة ، يستطيع الطبيب المجرب القيام بمحاولة لقلب الجنين على القدم ، وينبئ ، عند عدم وجود تحرك من قبل الجنين وهو حى ، انهاء الولادة بالعملية القيصرية . وعند موت الجنين يقتضى اجراء عملية اتلاف الجنين .

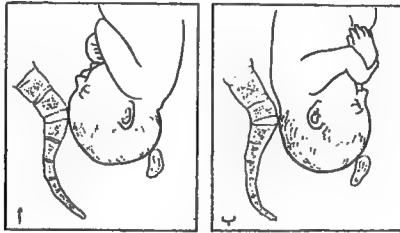
الوضع العالى الطولى للرأس

يستقر الرأس ، كقاعدة ، فى مدخل الحوض بالدرز السهمى فى البعد العرضى أو المائل نسبيا للحوض . ومن النادر جدا أن يدخل الرأس الحوض ، بحيث يتطابق درزه السهمى مع البعد الطولى للمدخل القطر الحقيقى . ويدعى هذا الانحراف عن الآلية الطبيعية للولادة بالوضع العالى الطولى للرأس . ويمكن للقلدال ، عند الوقوف العالى الطولى للرأس ، ان يكون متجهها نحو الارتفاق أو العجز . فعندما يكون القلدال متجهها الى الامام ، يقال عن المنظر الأمامى للوضع العالى الطولى للرأس (positio occipitalis publica) (شكل ٥٨ ، أ) وإذا كان القلدال متجهها نحو الطنف — عن المنظر الخلفى للوضع العالى الطولى للرأس ، (positio occipitalis sacralis) (شكل ٥٨ ، ب) .

ومما يساعد على نشوء الوضع العالى الطولى للرأس : ضيق الحوض ، تغير شكل الرأس (البعد العرضى الكبير اكبر من البعد المائل الصغير) ، انخفاض شدة توتر الرحم وجدار البطن وغيرها .

ان الوضع العالى الطولى للرأس يعقد مجرى الولادة . فالدور الثانى من الولادة يكون عادة طويلا ، وكثيرا ما يحدث ضعف قوى الولادة ، توقف تقدم الرأس ، وانحصار الأنسجة اللينة لطرق الولادة ، واختناق وصلمة داخل جمجمة الجنين والمضاعفات الأخرى ، التى تعتبر من دواعى القيام بالتوليد الجراحى . وعند الحوض الطبيعى والنشاط الولادى الجيد والجنين غير كبير الحجم يمكن للولادة ان تنتهى تلقائيا .

ان التنبؤ بالعاقبة ، عند المنظر الأمامى ، هو أحسن بكثير مما له عند المنظر الخلفى ، حيث ينحنى الرأس بشدة ويمر بهذه الوضعية (الدرز السهوى فى البعد الطولى) عبر جميع



شكل ٨٠ . - وقوف مستقيم على الرأس

أ - *positio occipitalis publica*

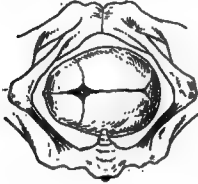
ب - *positio occipitalis sacralis*

مقاطع الحوض . وعندما يصل الرأس قعر الحوض ، يتركز بمنطقة تحت القدام فى الارتفاق وينتصب (يعبر) .

ويجرى عند المنظر الخلفى التنسيق والتكيف الشديد للرأس وانحناءه . وبهذه الوضعية يهبط الرأس فى الحوض ، اذا لم يكن حجمه كبيرا ، والحوض طبيعى والنشاط الولادى حيوى . ويمكن ان يتم فى باطن الحوض دوران الرأس بمقدار ١٨٠° ويولد فى المنظر الأمامى . فاذا لم يتم الدوران ، يعبر الرأس فى المنظر الخلفى . وقبلما توجد ولادة تلقائية عند المنظر الخلفى ، وتنشأ فى معظم الحالات الحاجة الى القيام بالتوليد الجراحى (القلب على القدم ، العملية القيصرية ، وضع الملاقط ، فدغ الجمجمة) .

الوضع المستعرض المنخفض للرأس

الوضع المستعرض المنخفض للرأس هو اختلال آلية الولادة ، الذى لا يحدث عنده الدوران الداخلى للرأس ، فيصل الرأس تجويف الحوض وحتى الى مخرج الحوض ببرزه السهمى ، الواقع فى البعد العرضى (شكل ٥٩) . ويحدث الوضع المستعرض المنخفض للرأس قبل كل شىء عند الحوض الضيق ، خاصة المقلطح البسيط ، ولارتخاء عضلات قعر الرحم أهمية فى هذا الميصال .



شكل ٥٩ . وقوف عرضى منخفض للرأس

ان الوضع المستعرض المنخفض للرأس يدخل بعملية طرد الجنين . فالرأس الواقف ببرزه السهمى فى البعد العرضى للمخرج لا يستطيع الاجتياز ، لأن ما يعرقل انتصابه هو التواءات الوركية غير القابلة للانعناء . ويمكن ان يحدث الاجتياز فقط فى حالة ما اذا تم الدوران وتحول البرز السهمى من البعد العرضى الى البعد الطولى لمخرج الحوض وبمثل هذا الدوران جائز فقط عند وجود نشاط ولادى شديد ومستمر ، وعدم وجود ضيق فى الحوض بدرجة كبيرة . فاذا لم يحصل الدوران ، تحدث اختلاطات تكون خطيرة على الأم والجنين (انحصار وموت الانسجة اللينة لطرق الولادة والمثانة ، علوى صاعدة ، اختناق الجنين وغيرها) .

ويكون التوليد بالانتظار . وينصح بوضع المخفض على ذلك الجانب الذى يكون متجهها اليه قدام الجنين . ويجرى القيام بالوقاية من اختناق الجنين . وتجرى مراقبة حالة الأم والجنين بانتباه . وتنتهى الولادة عند الاختلاطات بالعملية الجراحية . فتستعمل عندما يكون الجنين حيا ، الملاقط ، ويتم القيام بفدغ الجمجمة — عند موته .

الباب التاسع

الحوض الضيق

يعتبر الحوض الضيق واحدة من أكثر مسائل علم التوليد أهمية وتعقيدا . فتحدث أثناء الولادة عند ضيق الحوض اختلاطات تهدد الأم والجنين . وإن الاختلاطات التي تنشأ نتيجة لضيق الحوض ، تتطلب اللجوء الى المساعدة القيالية الماهرة ، وكثيرا ما تنشأ دواع للتوليد الجراحى . وإن ابحاثا متعددة للاخصائيين السوفييت وفي البلدان الأخرى مكرسة لدراسة ضيق الحوض . ومما ساعد على تطوير هذه الدراسة هو الأبحاث الأساسية لأطباء التوليد الروس ومن بينهم : آ. كراسوفسكى ، ن. فينومينوف آ. بالموف وغيرهم .

معنى ضيق الحوض . يورد الطبيب السوفييتى م . مالينوفسكى التحديد الآتى عن مفهوم ضيق الحوض . « الحوض الضيق ، من المعتاد اعتباره ذلك الحوض ، الذى تبدل فيه الهيكل العظمى الى درجة ، بحيث اذا مر من خلاله جنين تميم ونخاسة رأسه وجد عراقيل وصعوبات ذات طبيعة ميكانيكية » . والعراقيل والصعوبات التي تنشأ عند ضيق الحوض درجات متفاوتة . فعند ضيق غير كبير فى الحوض تنحى جانبا وتنتهى الولادة بصورة تلقائية ، وتنشأ ، فى حالة وجود عدم توافق شديد بين أبعاد الحوض والجنين (الرأس) عقبات كأداء للولادة .

يمكن أن يقل طول جميع الأبعاد فى الحوض الضيق : المستقيمة ، العرضية والمائلة ، ويمكن أن تقصر بعض الأبعاد فقط (مثلا ، المستقيمة او العرضية) او حتى أحد أبعاد الحوض (مثلا ، البعد المستقيم لمدخل الحوض) . وبناء على ذلك فإن الطبيب السوفييتى كراسوفسكى يعتبر أن الحوض الضيق ، هو ذلك الحوض الذى تكون فيه « جميع الأبعاد قصيرة او بعضها او أحد الأبعاد الرئيسية للحوض » :

ومن المعتاد اعتبار بعد القطر الحقيقى ، الدليل الرئيسى لضيق الحوض . فإذا كان بعد القطر الحقيقى أقل من ١١ سم ، يعنى ١٠ سم وأقل ، كان الحوض ضيقا . ومن الممكن معرفة بعد القطر الحقيقى بمعرفة طول القطر المائل والقطر الخارجى .

ولهذا يمكن ضم الأحواض التى يكون فيها القطر الخارجى أقل من ١٩ سم ، وبالضبط ١٨ سم وأقل ، الى قائمة الاحواض الضيقة . وبهذه الصورة ، على أساس قياس الحوض ، الذى يتضح منه قصر جميع أبعاد الحوض أو بعضها ، يتم وضع تشخيص الحوض الضيق تشريحيًا .

ومن الضرورى الإشارة الى أن الحوض الضيق تشريحيًا ليس دائما عقبة للولادة . فعند ضيق الحوض بدرجة معتدلة ، فإن نتيجة الولادة تتوقف ليس على أبعاد الحوض فقط ، بل وكذلك على طبيعة النشاط الولادى ، وحجم الجنين وقابلية الرأس على التكيف . فإذا كان النشاط الولادى جيدا ، والجنين ليس كبيرا فى الحجم ، والرأس يتكيف بصورة جيدة ، تجرى الولادة بصورة طبيعية . وعند ضعف النشاط الولادى ، وعدم كفاية فترة الرأس على التكيف أو عند كبر حجم الجنين ، فإن حوضا بنفس هذا الحجم يكون عقبة فى طريق الولادة . وعند وجود ضيق بدرجة متساوية (مثلا أن القطر الخارجى يساوى ١٨ سم) فستجرى الولادة لدى امرأة بصورة طبيعية ، وستنشأ لدى الأخرى - مضاعفات . إذن فالحوض الضيق تشريحيًا لا يعتبر دائما ضيقا من حيث الحالة السريرية (الوظيفية) . فالحوض الضيق تشريحيًا يمكن ان يكون ضيقا أو غير ضيق من الناحية السريرية (من حيث مجرى الولادة ونتيجتها) تبعاً لشدة تقلصات الرحم والمخاض ، وحجم وتكيف رأس الجنين الخ .

ويوضع تشخيص ضيق الحوض التشريحي عن طريق قياس الحوض ، وتحل مسألة ، ما إذا كان الحوض الحالى ضيقا من الناحية السريرية ام لا ، أثناء الولادة وذلك بالأخذ بالحسبان طبيعة النشاط الولادى ، تقدم الرأس الخ .

وهكذا فإن الحوض الضيق سريريا هو ذلك الحوض الذى يشكل عقبة لمجرى الولادة الحالية . ان ضيق الحوض التشريحي بدرجة شديدة ، سيكون دائما ضيقا من الناحية السريرية ، وتستحيل الولادة حتى عند وجود نشاط ولادى شديد وتكيف جيد للرأس .

الأسباب . ان أسباب نشوء الحوض الضيق متباينة . وإن الحوض الضيق يعتبر أحد الأعراض الرئيسية لنقص نمو الجسم (طفالة) . ان جميع الشروط التى تساعد على تأخر نمو الجسم ، تؤدى فى الوقت ذاته الى نشوء تضيق الحوض . ومنها الظروف غير الملائمة للحياة والأمراض الطويلة الشديدة فى دور الطفولة وفى دور النضوج الجنسى : ولكساح فى دور الطفولة ، أهمية كبيرة . فبتم ، عند الكساح تلين العظام ، وبضمنها عظام الحوض . ولهذا تحدث عند الكساح تشوهات الجمجمة ، العمود الفقرى ، عظم القصى ، الاطراف السفلى والحوض .

وتسبب تشوهات عظام الحوض الكساحية انقباضه . وما يؤدي الى اختلال شكل الحوض وضيقه هو سلع العظام والمفاصل ، خاصة اصابة مفاصل الفخذ والركبة والعمود الفقري في الطفولة . ويلاحظ الشيء نفسه عند كسر عظام الحوض ، عند الخلع وكسور الاطراف السفلى الملتئمة بصورة غير صحيحة ، المصحوبة بالعرج والاختلالات الأخرى للحركة . ومن الاسباب النادرة في نشوء الحوض الضيق هي أورام عظام الحوض ، تزدحم الفقرة القطنية ٧ الى الأمام والحالات الأخرى .

تصنيف الاحواض الضيقة

هنالك تصنيفان لضيق الحوض . تصنيف يأخذ بعين الاعتبار أشكال الاحواض الضيقة ، والآخر - درجة الضيق .

تصنيف الأحواض الضيقة حسب الشكل . هنالك الاشكال الرئيسية التالية للاحواض الضيقة : حوض متناظر الضيق قياسي ، الحوض المسطح ، الحوض المسطح الضيق بصورة عامة . عدا ذلك نشاهد أشكالاً نادرة لضيق الحوض .

١ . يمتاز الحوض متناظر الضيق قياسي بأن جميع الابعاد فيه (المستقيمة ، العرضية والمائلة) تقصر بمقدار متساو ، في الغالب ؛ ١ - ٢ سم (شكل ٦٠) .

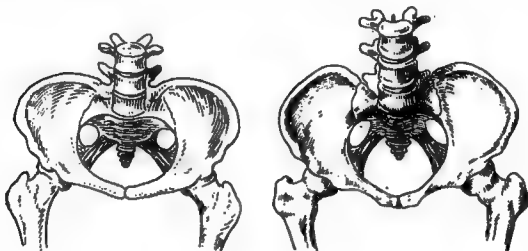
يوجد الحوض متناظر الضيق قياسي لدى النساء غير طويلات القامة ، وقيقات البنية ولدى النساء اللاتي لديهن علامات الطفالة (نقص الثديين ، الغطاء الشعري في العانة ، والاعضاء التناسلية الخارجية الخ) .

ويلاحظ الحوض متناظر الضيق قياسي أحيانا لدى النساء الطويلات القامة ، مفتولات العضلات ، واللاتي لهيكلهن العظمي عظام متينة ضخمة . ويلاحظ عند نساء من هذا القبيل في تركيب أحواضهن عدا تناظر الضيق ، خصائص تشبه حوض الرجل : عجز ضيق ، ضيق القوس العاني ، وضيق الحوض على الأخص في المخرج (له شكل القمع) .

٢ . الحوض المسطح . يسمى بالحوض المسطح ، ذلك الحوض الذي تقصر فيه الأبعاد المستقيمة وتبقى الابعاد العرضية والمائلة طبيعية . ويكون الضيق نوعين (١) تقصر جميع الأبعاد المستقيمة - الحوض المسطح البسيط ، (٢) يقصر البعد المستقيم للمدخل فقط (القطر الحقيقي) - الحوض المسطح الكساحي .

أ) ويمتاز الحوض المسطح البسيط باقتراب العجز كله من الارتفاع ، وبناء على ذلك تقصر جميع الابعاد المستقيمة ، الملتحل ، الجوف والمخرج . لا يلاحظ وجود تشوه عظام الحوض والهيكل العظمي (شكل ٦١) . والنساء اللاتي لهن حوض مسطح بسيط ، تكونن بيتنهن طبيعية .

ب) والحوض المسطح الكساحي مجموعة من التشوهات . فجناحا عظمى الحرقفة مفتوحان ، والمسافة ، بين نتوءات عظمى الحرقفة ، كبيرة ، فتقرب *distantia spinarum*



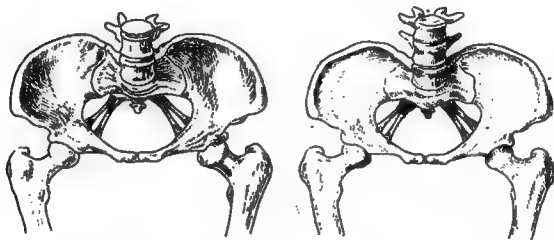
شكل ٦١ . حوض مسطح بسيط

شكل ٦٠ . حوض متناظر الضيق قيسيا

بطولها من *distantia cristarum* . وعند وجود تشوه كساحي بدرجة كبيرة للحوض تتساوى *distantia spinarum* مع *distantia cristarum* او تزيد عن مقدار الأخيرة (اعتياديا *distantia cristarum* أقل من *distantia spinarum* : ٣ سم) . فالعجز قصير ، مرصوص ولفوف حوله المحور الاقوى بشكل بحيث تكون قاعدته قريبة من الارتفاع ، أما القمة مع الطرف فمتجهان الى الوراء ، وطفن العجز بارز بشدة الى الأمام (شكل ٦٢) . وبالنظر لاستدارة قاعدة العجز بطنها الى الأمام ، فان ملتحل الحوض له شكل يشبه الكلية ، فالبعد المستقيم للملتحل أقصر ، أما الابعاد العرضية والمائلة فطبيعية . وكلما كان الطنف بارزا اكثر الى الأمام ، كلما كان البعد الحقيقي أقصر وابعاد مخرج الحوض اكبر . وبالنظر لزحف رأس العجز الى الوراء ، فان البعد المستقيم للمخرج يكون اكبر . ان البعد العرضي لمخرج الحوض أكبر لأن النتوءات الوركية تقع على مسافة اكبر بعضها عن البعض ، مما هي عليه في الحوض الطبيعي ، والقوس

الماني في الحوض المسطح الكساحي واسع . ان ابعاد تجويف الحوض المسطح الكساحي عادية أو نوعا ما اكبر . وهكذا نجد أن في الحوض المسطح الكساحي البعد الرئيسي - البعد المستقيم للمدخل - القطر الحقيقي هو أصغر .

وتلاحظ عادة ، لدى النساء اللاتي أصبن سابقا بالكساح ، والتغيرات الأخرى في الجهاز العظمي : « الرأس المربع » ، عظما الترقوة على شكل حرف S ، اعوجاج الساقين ، والعمود الفقري ، وعظم القصي وغيرها . ويمكن أن تكون هذه التغيرات بارزة بشدة أكثر أو أقل .



شكل ٦٣ . حوض مسطح ضيق بصورة عامة

شكل ٦٢ . حوض مسطح كساحي

٣ . الحوض المسطح الضيق على العموم - هو ذلك الحوض الذي تقصر فيه جميع الأبعاد ، غير أن الأبعاد المستقيمة تقصر أكثر من الأبعاد الباقية (شكل ٦٢) . ويكون البعد المستقيم للمدخل أكثر قصرا من كل الأبعاد الأخرى عادة . وينشأ الحوض المسطح الضيق على العموم عند ترافق حائتين مرضيتين عادة : الطفالة والكساح في الطفولة . وبهذا يتم تفسير خصائص الحوض الحالي : فهو ضيق على العموم وهذا ذلك مرصوص نتيجة لكون الأبعاد المستقيمة هي أكثر قصرا .

ويشكل الحوض المسطح الضيق على العموم مصاعب جمة للولادة عادة ، فهو يوجد بدرجة أقل من الحوض متناظر الضيق . قياسيا والحوض المسطح . وترد في الجدول رقم ١ الأبعاد النموذجية للأشكال المختلفة من ضيق الحوض .

شكل الحوض	Distantia spinarum	Distantia cristarum	Distantia trochantarica	Conjugata externa	Conjugata diagonalis	Conjugata vera
الحوض المائى	٢٥ - ٢٦	٢٨ - ٢٩	٣٠ - ٣١	٢٠	١٢,٥ - ١٣	١١
حوض ضيق التناظر قياسيا	٢٤	٢٦	٢٨	١٨	١١	٩
الحوض الاحتياى المفرطح	٢٦	٢٩	٣١	١٨	١١	٩
الحوض الاكبح المسطح	٢٦	٢٦	٣١	١٧	١٠	٨
الحوض المنقبض	٢٤	٢٥	٢٧	١٦	٩	٧

الاشكال النادرة من الحوض الضيق . ان الاحواض المائلة - المختلطة المائلة - المنقبضة ، الضيقة عرضا ، القمعية والاشكال الأخرى تشاهد بصورة نادرة نسبيا . فينشأ الحوض المائل المختلط على أساس التهاب سابق فى مفصل الفخذ أو مفصل الركبة ، حيث تلوس المريضة على ساقها السليمة فقط .

ويجرى بصورة تدريجية تقعر منطقة الحوض ، التى تناسب مفصل الفخذ السليم ، ويصبح نصف الحوض من جهة المفصل السليم أضيق (شكل ٦٤) .

ينشأ الحوض المائل المنقبض بناء على تقص أحد جناحي عظم العجز . وينشأ ، عند تقص نمو كلا جناحي العجز الحوض الضيق عرضا (شكل ٦٥) .

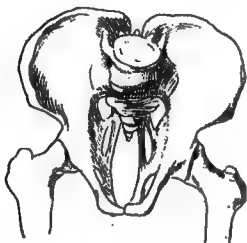
ومن الاشكال النادرة للاحواض غير الصحيحة ، الحوض الانزلاقى . وهو يتكون نتيجة للانزلاق الجزئى للقرة القطنية ٧ من العجزية I ، ويتبدل العمود الفقري القطنى البارز الى الامام ، فوق العجز ويضيق مدخل الحوض (شكل ٦٦) . ويشكل الحوض المنحصر (الرخودى) ندرة كبيرة للغاية - (شكل ٦٧) .

تصنيف الأحواض الضيقة حسب درجة الضيق . لمعرفة درجة ضيق الحوض ينبغي معرفة طول القطر الحقيقى ، ويجرى تحديد الأخير عن طريق الحسم من البعد القطرى والخارجى . وتعرف أربع درجات من الضيق .

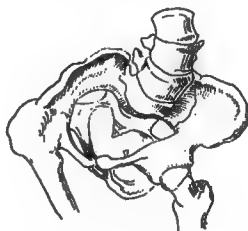
الدرجة الأولى من الضيق - القطر الحقيقى أقل من ١١ سم ولا يقل عن ٩ سم . وتنتهى

الولادة عند الدرجة الأولى من الضيق في أكثر الاحوال بصورة تلقائية . غير انه توجد صعوبات ، خاصة عندما يكون القطر الحقيقي قريبا من ٩ سم .

الدرجة الثانية من الضيق — القطر الحقيقي ٩ — ٧,٥ سم . ان ولادة الجنين التام ، عند الدرجة الثانية من الضيق ، ممكنة ، غير أنه من غير النادر أن تنشأ صعوبات وعراقيل ، تعتبر أسبابا تستدعي القيام بالتوليد الجراحي . وكلما كان طول القطر قريبا من ٧,٥ سم ، كلما نشأت أكثر ، العراقيل لانتهاء الولادة تلقائيا .



شكل ٦٥ . حوض متقوس عرضا

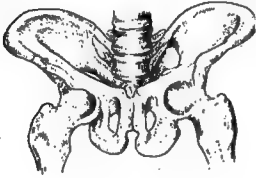


شكل ٦٤ . حوض منحرف متزنج

الدرجة الثالثة من الضيق — القطر الحقيقي ٧,٥ — ٦ سم . ان ولادة الجنين التام عبر طرق الولادة الطبيعية مستحيلة . ففي حوض كهذا لا يتسنى انتشار الجنين بمساعدة الملاقط المهبليّة وخلع الجنين من النهاية الحوضية . ان انتشار الجنين عبر الطرق الطبيعية للولادة هو أمر ممكن فقط بمساعدة عمليات تفتيت الجنين . وان الحصول على الجنين حيا ممكن فقط عند اجراء العملية القيصرية .

الدرجة الرابعة من الضيق — القطر الحقيقي ٦ سم وأقل . ان التوليد عبر الطرق الطبيعية للولادة مستحيل حتى بعمليات تفتيت الجنين ، فالحوض ضيق الى حد ، بحيث لا يمكن انتشار الجنين عبره حتى على أجزاء . فالطريقة الوحيدة للتوليد هي العملية القيصرية . وعندما يكون الحوض بالدرجة الرابعة من الضيق يسمى بالحوض الضيق المطلق ان التصنيف الحالي يحدد درجة ضيق الحوض من الناحية التشريحية . وان حساب الضيق

التشريحى يسمح للدرجة ما بالتنبؤ ، هل سيكون الحوض الحالى ضيقا من الناحية السريرية . ان الحوض الضيق تشريحيًا يعد دائما عند الدرجة الثالثة والرابعة ، حوضا ضيقا من الناحية السريرية ، وذلك لأن ولادة الجنين التام عبر الطرق الطبيعية أمر غير ممكن . ولهذا يلزم فى الاوقات المبكرة من الحمل اجراء الاجهاض ، ويجرى اذا أبدت المرأة رغبتها فى الحصول على طفل ، القيام بالعملية القيصرية فى نهاية الحمل او بداية الولادة .



شكل ٦٧ . حوض منفر



شكل ٦٦ . حوض انزلاقي

ويمكن أن يكون الحوض الضيق تشريحيًا ، عند الدرجة الاولى والثانية من الضيق ، حوضا ضيقا من الناحية السريرية (الوظائفية) أو كافيا (الدرجة I) لمرور الجنين مما يتوقف على حجم الجنين ، قدرة الرأس على التكيف ، ونشاط قوى الولادة وغيرها .

اكتشاف ضيق الحوض

ان معرفة ضيق الحوض فى حينه ، يساعد على تجنب الاختلاطات التى كثيرا ما تنشأ أثناء الولادة ، وأحيانا فى نهاية الحمل . فيقترح على المرأة ، عند ضيق الحوض الشديد ، الاجهاض فى الحين أو تحلر بضرورة العملية القيصرية . وترسل الحوامل اللاتى لديهن ضيق الحوض قبل ٢-٣ أسابيع من الولادة الى مستشفى يديره طبيب . ويتم وضع تشخيص ضيق الحوض ، على أساس التعرف على سوابق الحامل ، ومعاينة الجسم ، وقياس الحوض والفحص المهبلى .

ومن بين السوابق تحتل الإشارة الى الكساح (تأخرت فى المشى ، وتأخر الاسنان فى شق طريقها وغيرها) ، وسلّ العظام والمفاصل ، والطفالة ، وكسور عظام الحوض والأطراف السفلى وغيرها أهمية خاصة . وللمعلومات القبلية عن الحامل أهمية كبيرة فى تقييم الحوض لدى متعقدات الولادة . وإذا كانت لدى صاحبة الحوض الضيق ولادة طبيعية فى السابق ، فمن المؤمل بأن لا يكون الحوض الحالى عقبة لطرد الجنين فى هذه الولادة . ان السوابق القبلية (ولادة شديدة فى السابق ، عمليات قبلية ، ولادات ميتة وغيرها) تسمح باقرار وجود ليس فقط حوض ضيق تشريحيا بل وسريريا . وتعطى معاينة الجسم دلائل هامة على ضيق الحوض .



شكل ٦٨ . المعين فى الاحواض الضيقة

١ - حوض طبيعى ، ٢ - حوض مسطح كساحى ، ٣ - حوض متناظر الضيق قياسيا ، ٤ - حوض ضيق منحرف

وان قصر القامة ، أعراض الطفالة ، تغيرات كساحية فى العمود الفقرى ، قسط مفصل الركبة وخلوعه تسمح بالتكهّن بوجود ضيق الحوض .

ولشكل معين ميخائيليس أهمية فى تشخيص ضيق الحوض . فالمعین صحيح الشكل عند الحوض الطبيعى ، ويكون النصف العلوى من المعين عند الحوض المسطح الكساحى أصغر من السفلى ، ولمنطقة المعين عند التشوه الكساحى الشديد للحوض شكل مثلث تقريبا . ففى الحوض متناظر الضيق قياسيا يكون المعين ممدودا فى الطول ، وتكون الزاويتان العليا والسفلى منه حادة ، والجانبية منفرجة (شكل ٦٨) .

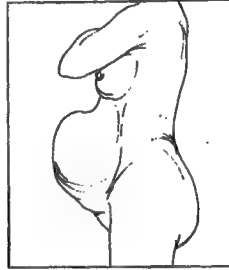
ويتغير لدى الضيق الشديد للحوض شكل بطن الحامل . ولا يستطيع الرأس ان يستقر فى نهاية الحمل فى مدخل الحوض (نتيجة لضيق الأخير) ويقع قبل الولادة عاليا فوق المدخل . ولهذا لا يهبط ، فى نهاية الحمل ، قعر الرحم . ولا يقل حجم الرحم النامى فى البطن (الذى يكون أقصر وبه حجم غير كبير) ويحيد عن المراق الى الاعلى والأمام . وتتكون لدى الحوامل

لأول مرة ، اللاتي لهن جدار بطن مرن ، بطون مدببة الطرف (شكل ٦٩) ، ولدى متعدّدات الولادة - بطون مترهلة (شكل ٧٠) . ويعار الانتباه عند المعاينة ، الى سمك العظام ، مما يسمح بصورة غير مباشرة ، بالحكم على سمك عظام الحوض . ولهذا الغرض يجرى قياس حجم المفصل الكعبرى - الرسمى (دليل سولوفيوف) . وان حجم هذا المفصل ، ان زاد عن ١٤ سم ، فهو يدل على ضخامة عظام العمود الفقري ، ومن ضمنها الحوض .

ولقياس الحوض أهمية خاصة . فان أبعاد الحوض الكبير تعطى صورة معينة عن حجم الحوض الصغير . ومما يعطى اشارة اذق عن درجة الضيق هو البعد القطرى . ولهذا فان قياس



شكل ٧٠ . بطن متدل



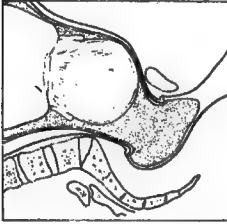
شكل ٦٩ . بطن حاد النهاية

البعد القطرى لدى جميع الحوامل والماخضات يعتبر أمراً إلزامياً . ولأجل ذلك يتم اجراء الفحص المهبلى ، الذى يستوضح فيه ما اذا كانت هناك خلاطة فى العجز وغيرها من تشوهات الحوض ، ويتم تحديد سعة الحوض تقريبا ، ويجرى تحسس الطنف ، وان كان سهل المتال بالاصبع ، يتم قياس البعد القطرى .

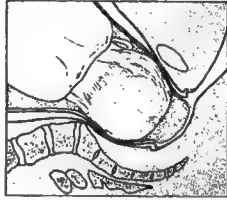
واذا ما نشأ شك بوجود ضيق فى مخرج الحوض ، يتم قياس بعديه المستقيم والعرضى . ومن المهم للتنبؤ بنتيجة الولادة معرفة ليس فقط أبعاد الحوض ، بل وكذلك حجم الجنين داخل الرحم . ولهذا الغرض يتم عبر جدار البطن ، قياس طول الجنين والبعد الجبىنى - القدامى للرأس بواسطة آلة قياس الحوض .

سير الحمل عند ضيق الحوض

يجرى النصف الأول من الحمل عند ضيق الحوض بصورة طبيعية . وكثيرا ما يلاحظ في النصف الثاني من الحمل التسمم الحملى المتأخر . فلا يستقر الرأس فى نهاية الحمل فى المدخل الضيق للحوض ، ويقف عاليا زائحا الى الأعلى الحجاب الحاجز وقعر الرحم . ونظرا لذلك ينشأ عند الحوامل عسر التنفس ، تسرع ضربات القلب ، والتعب .



شكل ٧٢ . يقف الرأس طويلا فوق مدخل الحوض ، عند ضيق الحوض ، وليست هناك حدود بين المياه الامامية والخلفية



شكل ٧١ . يلمح الرأس مدخل الحوض عندما يكون الحوض طبيعيا ويقسم النباه الى أمامية وخلفية

ان انعدام تثبيت الرأس الى مدخل الحوض ، يساعد على اشتداد حركة الجنين . وبناء على ذلك تلاحظ عند ضيق الحوض جيئات حوضية ، وضعيات مستعرضة ومائلة للجنين بصورة أكثر بكثير مما هو عليه عند الحوض الطبيعى . وان تحرك الرأس يساعد على نشوء الجيئات الانتصابية : فتشاهد جيئات الوجه والجبين عند ضيق الحوض بصورة أكثر مما هو عليه عند الحوض الطبيعى . ويلاحظ التركيب اللائزامل للرأس ، الذى يساعد على نشوئه ثلث البطن . فعند وجود رأس متحرك يختفى حزام التماس ، فالمياه الامامية والخلفية غير مفصولة بعضها عن البعض ، فهي تسمى نحو القطب السفلى لبيضة الجنين (شكل ٧١ و ٧٢) . ولهذا كثيرا ما يلاحظ عند ضيق الحوض خروج المياه قبل الألوان (قبل بدء نشاط الولادة) .

ويجرى تدوين أسماء الحوامل ذوات الاحواض الضيقة . فى قائمة خاصة فى العيادة الاستشارية ، وتجرى مراقبتهم بدقة . ويلزم فى النصف الثانى من الحمل بحمل الرباط البطنى . وترسل القابلة المرأة الى الطبيب عند حيد مجرى الولادة عن السير الطبيعى لها . وقبل ٢ - ٣ اسابيع من الولادة ترسل الحامل الى المستشفى الذى يكون فيه طبيب . ويتم اللجوء ، عند الحاجة ، الى الفحص بأشعة رونتجن ، الذى يسمح بتحديد الأبعاد الرئيسية للحوض وتوافقه مع حجم الرأس المتقدم من الجنين .

سير الولادة عند ضيق الحوض

ان ولادة الجنين التام ، عند الدرجة الثالثة والرابعة من ضيق الحوض أمر مستحيل . وبدون التدخل الجراحى فى الحين تموت الأم والجنين من جراء تمزق الرحم ، وللعلى التسمية أو المضاعفات الأخرى . وتتوقف نتيجة الولادة ، عند الدرجة الأولى والثانية من ضيق الحوض ، الى حد كبير على حجم ، وضع وجية الجنين ، وقلة الرأس على التكيف والتركب وشدة قوى الولادة . وتجرى الولادة ، عند الاقتران المواتى للظروف المذكورة ، بصورة طبيعية ، لا سيما عند الدرجة الأولى من ضيق الحوض . وإذا لم يتفق حجم الرأس وأبعاد الحوض ، حيث توجد وضعية وجية غير صحيحة تحدث اختلاطات جدية للولادة ، تهدد حياة الأم والجنين . وتلاحظ الاختلاطات ، عند الدرجة الثانية أكثر من الدرجة الأولى .

وكثيرا ما يلاحظ ، عند ضيق الحوض ، الخروج المبكر للمياه المحيطة بالجنين جراء وقوف الرأس عاليا وعدم وجود فاصل بين المياه الأمامية والخلفية . ويمكن أن يسقط فى المهبل ، فى لحظة خروج المياه ، الحبل السرى أو يد الجنين . فإذا لم تقدم المساعدة فى الحين ، ينحصر الحبل السرى بواسطة الرأس الى جدار الحوض ويموت الجنين مختنقا . فترز يد الساقطة الضيق الموجود بلا ذلك للحوض وتخلق عقبة اضافية لطرد الجنين .

ان خروج المياه المبكر وقبل الأوان يبطىء عادة عملية افتتاح عنق الرحم . فتكون تقلصات الرحم مؤلمة ، والدور الأول من الولادة مطول (« ولادة جافة ») . وتنفلد ، عند الفترة الطويلة المخالية من المياه ، الميكروبات من المهبل الى جوف الرحم وتستطيع أن تسبب التهاب الغشاء الساقط (التهاب بطانة الرحم فى الولادة) والاعشى الأخرى لبيضه الجنين . فترتفع لدى المرأة الحرارة ، ويتسرع النبض ، وتظهر الافرازات العكرة المصحوبة برائحة .

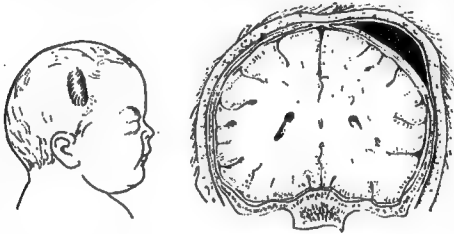
وكثيرا ما يلاحظ ، عند ضيق الحوض ، شلوذ قوى الولادة . فيكون ، لدى النساء المصابات بالطفالة واللاتى كانت لديهن فى السابق ولادات صعبة وأمراض النفاس ، ضعف قوى الولادة : فتكون تقلصات الرحم ضعيفة ونادرة منذ بدء الولادة (ضعف قوى الولادة الأولى) أو ان يكون فى البداية نشاط ولادى جيد وبالنتيجة يضعف (ضعف قوى الولادة الثانوى) . أكثر ما يحدث من عراقيل عند ضيق الحوض هو فى دور الطرد . فيقف الرأس طويلا فوق مدخل الحوض الصغير ، فيكون فى البداية متحركا ، ثم يلتصق بالمدخل ويتركب تدريجيا فقط بلفظة الصغيرة ، اذا لم يكن عدم توافق بين حجمه وإبعاد الحوض . ويتعرض الرأس الى مدخل الحوض ، بفعل النشاط الولادى المتزايد ، الى التنسيق الشديد . فيجرى فى عملية التناسق تكيف الرأس الى هذا الشكل من ضيق الحوض ، مما يساعد على مروره عبر طرق الولادة .

ان دور الطرد يكون عادة مطولا ، فطرد الجنين عبر حلقة الحوض الضيقة يتطلب تقلصات ذات قوة عالية ومخاض شديد . وقد يظهر عند وجود عراقيل للطرد نشاط ولادى عاصف وتمطى القلقة السفلى من الرحم بصورة مفرطة . وقد يتميز الرحم ان لم يكن هنالك توافق بين الرأس والحوض وقد يظهر عند بعض الماخضات ، بعد النشاط الولادى العاصف ، ضعف قوى الولادة الثانوى ، فينقطع المخاض ، ويموت الجنين ، وينشأ التهاب بطانة الرحم فى الولادة ، ومن ثم الامراض التسممية الاكثر شدة .

ويمكن ان تنشأ ، عند وجود صعوبات فى طرد الجنين ، اختلاطات اخرى ، خطيرة على الأم والجنين . فعند وقوف الرأس لفترة طويلة فى المدخل او فى تجويف الحوض ، يتم انحصار الأنسجة اللينة لطرق الولادة بين عظام الحوض والرأس . وتنحصر عدا عتق الرحم والمهبل ، المثانة وقناة مجرى البول من الأمام ، والمستقيم من الخلف . وان حصر الأنسجة اللينة يؤدى الى اختلال الدورة الدموية فيها ، فيزرق عتق الرحم ويخرب ، ويجرى ازرقاق وخرب جدران المثانة ، ويلبها المهبل والاعضاء التناسلية الخارجية ، وبالنظر لانحصار قناة مجرى البول والمثانة ينقطع التبول . ويحل نتيجة لاختلال الدورة الدموية المستمر موت الأنسجة . فتتسلخ الاجزاء الميتة فى اليوم ٥ - ٧ من الولادة وتتكون التواسير التناسلية - البولية أو المستقيمية - المهبلية . ويعتبر خرب الرحم وصعوبة التبول دليلا على انحصار الأنسجة ، وان اختلاط الدم مع البول - هو علامة خطيرة ، تشير الى احتمال تكون الناسور . ومن الممكن انحصار الاعصاب مما يؤدى فيما بعد الى شلل عضلات الرجل . وتحدث عند مرور الرأس بصعوبة كبيرة عبر

الحوض ، أحيانا أصابة المفصل العاني ، فيظهر لدى النساء الألم عند حركة الرجلين ، واختلال المشي ، وان جس الارتفاق يؤذى ، ويحس بوجود شق في منطقة المفصل . وأعراض كهذه تظهر أحيانا أثناء الحمل بالنظر لليونة المضروف وأربطة مفصل العانة بصورة مفرطة والتي تعود الى اختلال التمثيل .

وكثيرا ما تلاحظ ، عند ضيق الحوض ، اختلاطات من ناحية الجنين . فالولادة المستمرة الطويلة وشذوذ قوى الولادة ، الذي يلاحظ بكثرة تستطيع أن تسبب اختلال الدورة الدموية للرحم — المشيمة واختناق الجنين داخل الرحم . وتنشأ على ضوء الاختناق انسكابات الدم في



شكل ٧٤ . ثقر عظام الجمجمة
(الولادة عند ضيق الحوض)

شكل ٧٣ . ورم دموي دماغي

المنخ والاعضاء الأخرى للجنين . فيزداد الانسكاب في المنخ عند انحصار الرأس بشدة وتحول عظام الجمجمة بشدة في منطقة اللوز . ويمكن أن يحدث ، على ضوء تمزق الأوعية ، انسكاب الدم تحت سمحاق أحد العظمين الجداريين أو كليهما (ورم دموي دماغي) (شكل ٧٣) . ويتكون عادة ورم ولادى كبير ، وأحيانا ثقر وقطور عظام الجمجمة (شكل ٧٤) . ويمكن ، عند اخراج حزام الكتف ، أصابة عظم الترقوة أو اليد بالكسور . ان الولادات الميتة ، موت الأطفال المبكر ونسبة أمراض النفاس تكون ، في الحوض الضيق ، أعلى منها في حالة الحوض الطبيعي .

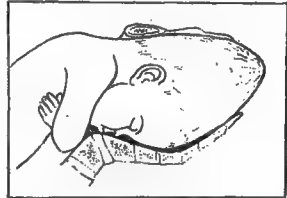
ومن الضروري الإشارة ، الى أن الاختلاطات المذكورة عند ضيق الحوض لا مكان لها في أحوال كثيرة أو أنها تكون غير شديدة . وإذا لم يكن بين الرأس والحوض توافق أو أنه

غير هام ، تنتهى الولادة تلقائيا . وما يساعد على التوليد بصورة تلقائية هى الآلية الخاصة للولادة للأشكال المختلفة من ضيق الحوض . ويتكيف الرأس المتناسق عن طريق تقديمه ودورانه المتتابع ، وفق هذا الشكل من ضيق الحوض ويمر عبر ملخل وتجويف ومخرج الحوض .

آلية الولادة عند ضيق الحوض

تختلف آلية الولادة فى حالة الأحواض الضيقة ، عن آلية الولادة ، النموذجية بالنسبة للحوض الطبيعى . ويتم الولادة بدورها ، عند الأشكال المختلفة من ضيق الحوض ، حسب ميكانيكية طبيعية خاصة بهذا الشكل من الضيق .

آلية الولادة عند الحوض متناظر الضيق قياسيا . يلاقى الرأس فى الحوض متناظر الضيق قياسيا مقاومة متساوية من جميع الجهات . ويجرى التقلب على هذه المقاومة ، بحيث يتم انحناء الرأس بشدة ويدخل الحوض بأصغر بعد له ، والذي يمر من الهامة الى حفرة تحت القفا . وهذا البعد (distantia suboccipitoparietale) أقل من البعد المائل الصغير ، الذى يتم بمقطعه تركيب الرأس عند الآلية الطبيعية للولادة .

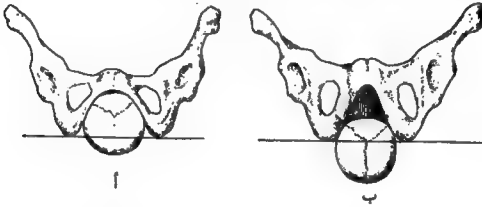


وهكذا فإن الميزة الأولى لآلية الولادة عند الحوض متناظر الضيق قياسيا تعد الانحناء الشديد للرأس (شكل ٧٥) ، ويقترّب اليافوخ الصغير ، فى هذه الحالة ، من المركز الهندسى للحوض .

شكل ٧٥ . ولوچ الرأس عند الحوض متناظر للضيق قياسيا (انحناء شديد وتناسق عنيف)

وتتخصص الخاصية الثانية فى كون النرز السهمى للرأس ، الداخلى الى الحوض يقع دائما فى أحد الأبعاد المائلة للملخل . فيمر البعد العرضى الكبير للرأس عبر البعد المائل للحوض ، الذى هو أطول من البعد المستقيم . ويهبط ، الرأس المنحنى بشدة الى تجويف الحوض ، تدريجيا ويقوم فيما بعد بنفس الحركات التى تتم عند الآلية الطبيعية للولادة : دوران داخلى ، انصباب ودوران خارجى . ويتنصر الفرق فقط على أن جميع الدورانات تتم بصورة بطيئة نسبيا ، مع صرف جهد أكثر للماخض .

وعند المرور عبر مخرج الحوض ، لا تستطيع منطقة حفرة تحت القفا الاقتراب من الارتفاق مباشرة من جراء ضيق زاوية العانة (شكل ٧٦) . ولهذا يسمى الرأس باتجاه العجان بدرجة أكثر مما هو عليه في الحوض الطبيعي ، وتنمط أنسجة العجان بصورة أكثر ، وإن لم تقدم المساعدة ، يتم تمزق العجان بصورة عميقة . ويكون رأس الجنين المولود مملودا باتجاه القidal ، ويتكون في منطقة اليافوخ الصغير ورم ولدى كبير .



شكل ٧٦ . اختراق الرأس عند الحوض متناظر الضيق قيسيا

أ- حوض طبيعي ، تتركز منطقة حفرة ما تحت القidal في القوس العاني ، ب- حوض متناظر الضيق قيسيا ، الزاوية الحادة القوس العاني لا مكان فيها للقidal ، وينحرف الرأس إلى الوراء ويمد العجان بشدة

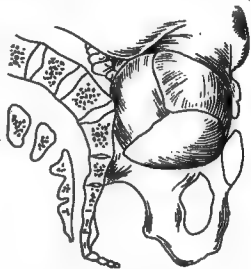
آلية الولادة في الحوض المسطح الكساحي . ان خصائص آلية الولادة تعود إلى ضيق البعد المستقيم للمدخل الحوض .

الخاصية الأولى لآلية الولادة - وقوف الرأس ببرز السهمي في البعد العرضي للحوض ، عاليا لمدة طويلة . فيستطيع الرأس ، من جراء ضيق المدخل ، المكوث في الوضعية المذكورة لساعات عديدة حتى وإن كان هناك نشاط ولدى جيد .

الخاصية الثانية - انتصاب غير كبير للرأس يقع بنتيجته اليافوخ الكبير أسفل الصغير . وعند انتصاب كهذا ، سيمر الرأس عبر أصغر بعد له - القطر الحقيقي - بواسطة البعد العرضي الصغير (٨,٥ سم) . ويحيد البعد العرضي الكبير (٩,٥ سم) إلى الجهة ، التي يكون فيها فراغ أكثر .

الخاصية الثالثة - دس الرأس للاتزامل (شكل ٧٧) . يلاحظ عادة للاتزامل الأمامي ، وبدرجة أقل الخلفي . فيرتكز ، عند للاتزامل الأمامي ، العظم الجداري الخلفي على الطنف

البارز الى الأمام ، ويتوقف في هذا المكان ، أما العظم الجدارى الأمامى فيهبط تدريجيا الى تجويف الحوض . ويقف اللوز السهمى ، فى هذه الحالة ، بالقرب من الطنف ، فيكون البافوخ الكبير أسفل الصغير ، ويبقى الرأس فى منخل الحوض ما لم يتم تكيفه الشديد . وبعد ذلك ينزل العظم الجدارى الخلفى عن الطنف ، فيزول للاتزامل ، وينحنى الرأس ، وتجرى فيما بعد آلية الولادة كذلك كما فى المنظر الأول لجيئة القidal (دوران داخلى ، انتصاب ، دوران الرأس الخارجى) .



شكل ٧٧ . ولوج الرأس عند الحوض المسطح الكساحى . ويقع اللوز السهمى فى البعد العرضى ، بالقرب من طنف السج (لاتزامل أمامى)

وبعد أن يمر الرأس عبر المنخل الضيق للحوض ، يتم طرد الجنين بسرعة كبيرة جدا ، لأن أبعاد تجويف الحوض طبيعية أو أنها أكبر ، أما مخرج الحوض فيكون أوسع . ويلاحظ أحيانا بعد بقاء الرأس فى منخل الحوض طويلا ، مرور الرأس بسرعة فائقة عبر تجويف ومخرج الحوض (ولادة عاصفة) .

فاذا لم تسرع القابلة باستقبال الجنين ، يمكن ان يحدث تمزق فى العجان جراء مرور الرأس بسرعة عبر حلقة الفرج . فيقع على العظم الجدارى المتقدم للرأس المولود ، ورم ولادى كبير ، ويمكن أن يكون الرأس معوجا ، فتلاحظ على العظم الجدارى الخلفى أحيانا انخفاضات جراء الانضمام الطويل الى الطنف . آلية الولادة عند الحوض المسطح البسيط . يدخل الرأس فى المنخل كذلك كما فى الحوض المسطح الكساحى ، ويهبط فيما بعد الى تجويف الحوض وينزل على طراز جيئة القidal . غير أنه كثيرا ما لا يحدث الدوران الداخلى للرأس ، لأن الأبعاد المستقيمة للتجويف ومخرج الحوض أقصر مثل البعد المستقيم لمنخل الحوض . ويبلغ الرأس تجويف الحوض ، وأحيانا حتى يصل قعره ، اما اللوز السهمى فيقع فى البعد العرضى للحوض . وتسمى هذه الخاصية لآلية الولادة بالوضع المستعرض المنخفض للرأس . ويدور الرأس على قعر الحوض ، فى بعض الاحوال ، بقفاه الى الأمام ويولد تلقائيا . وإذا لم يحصل الدوران ، فتحدث الاختلاطات (ضعف قوى الولادة الثانوى ، اختناق الجنين) ، التى تتطلب الجراحة .

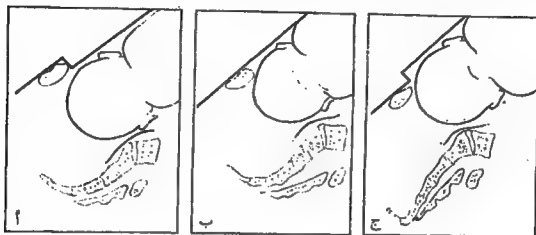
تجرى آلية الولادة ، فى الحوض المسطح الضيق على العموم ، على طراز الولادة عند الحوض متناظر الضيق قياسيا والحوض المسطح . وهذا يتوقف على سيادة الخصائص الرئيسية لهذا الحوض او ذلك . ومن الضروري الاشارة الى ان سير الولادة ، عند الحوض المسطح الضيق على العموم ، يكون كقاعدة ، شديدا .

التوليد عند الحوض الضيق

من الضرورى القيام بالتوليد لدى النساء ذوات الحوض الضيق ، فى المستشفيات باشراف طبيب . وهذه الضرورة متأية من أنه قد تحدث فى مجرى الولادة اختلاطات مختلفة ، يتطلب عندها التوليد الجراحى ، فالقابلة تقوم تحت اشراف الطبيب بالمراقبة الدائمة للماخص وتستلم الولادة اذا كان انتهائها يتم تلقائيا . ويجرى القيام ، عند الدرجة الثالثة والرابعة من الضيق ، بالعملية القيصرية عند بدء دور الافتتاح أو فى نهاية الحمل . ويتم ، عند الدرجة الثانية والثالثة من الضيق ، تأمل وانتظار الولادة ومراقبة حركيتها وحالة الأم والجنين بانتباه . ويلجأ الى التدخل الجراحى فقط عند نشوء هذه الاختلاطات أو تلك الخطرة على الأم أو الجنين ، وذلك لأن نتيجة الولادة لا تتوقف على أبعاد الحوض ، بل وكذلك على شدة التقلصات والمخاض ، وحجم الجنين وقابلية الرأس على التكيف وغيرها من العوامل . وأثناء الولادة فقط تتم معرفة ما اذا كان هذا الحوض الضيق تشريحيًا ضيقًا ام طبيعيًا من الناحية الوظيفية .

ويجرى فحص الماخص بدقة عند الدخول الى المستشفى . فتستوضح السوابق العامة والقبالية ، ويتم المعاينة ، وتفحص الاعضاء الداخلية فيقاس الحوض بدقة ، ويتم معاينة المعين القطنى — العجزى ، ويقام بالفحص المهبلى . ولكى يتم تجنب خروج المياه المبكر ، توضع الماخص فى الفراش وتنصح بالاستلقاء على ذلك الجنب ، الذى يتوافق مع القلidal . ان وضعية كهذه تساعد على هبوط القلidal والاحتفاظ بالمياه . ويتم بعد خروج المياه القيام بالفحص المهبلى مكررا ، لكى تتم معرفة ما اذا كان قد سقط الحمل السرى أم اليد . وأن الولادة ، عند ضيق الحوض ، طويلة نوعا ما ، فتتعب الماخص ، وتقل مقاومة الجسم ، ولهذا يجب اطعام الماخص بالطعام المغلى والسهل الهضم . ومن الضرورى مراقبة البول بانتباه وغسل الاعضاء التناسلية الخارجية . ويجرى عند صعوبة التبول التنبيب بمسبر من المطاط مع اتباع القواعد الصحية . وتوصف ، عند ضعف قوى الولادة ، الأدوية المقوية للنشاط التقلصى للرحم . وتمنع

الماخض ، اذا كانت متعبة ، الراحة ، ولهذا تحقن بـ ١-٢ مليلتر من محلول البروميدول المركز بنسبة ١٪ تحت الجلد أو ١-١.٥ مليلتر من محلول البانتوبون المركز بنسبة ١٪ أو يجرى تخدير الماخض لمدة ٢٥-٣٠ دقيقة بالأكثير . وبفعل هذه المواد تغفو الماخض لوقت معين ، ويبدأ بعد الاستراحة عادة نشاط ولادى شديد .



شكل ٧٨ . عرض فاستين

أ- عرض فاستين سالب (توافق بين أبعاد الحوض والرأس) ، ب- عرض فاستين هل مستوى واحد (عدم توافق غير ذى شأن بين أبعاد الحوض والرأس) ، ج- عرض فاستين موجب (عدم توافق واضح بين أبعاد الحوض والرأس)

وينصح اذا لوحظ ضعف الماخض ، الذى يعود الى تهدل البطن ودقة جدار البطن ، باستعمال رباط « فيربوف » عند عدم وجود توافق بين الحوض والرأس .

واذا نشأ ، فى دور الطرد ، نشاط ولادى عاصف ، دقة وتمطى الفلقة السفلى بشكل مفرط ، ووقوع حزام التماس عاليا ، يلتجأ الى التخدير العميق بالأكثير (او يحقن مليلتر واحد من محلول المورفين بتركيز ١٪) ، أما فى الحالة المعاكسة فيمكن أن يحدث تمزق الرحم . وبفعل تأثير التخدير ينقطع النشاط الولادى التشنجى ، ويزول خطر تمزق الرحم ، وينهى الطبيب الولادة بطريقة جراحية . وتقوم القابلة بمراقبة الجزء المتقدم ، هل يقع فوق مدخل الحوض ام أنه يهبط لتلويجيا فى تجويف الحوض . ويشئى الحصول على فكرة عن التوافق او عدم التوافق بين أبعاد الحوض والرأس . ويسمح عرض فاستين (شكل ٧٨) ، عدا الطرق المعتادة فى فحص الجزء المتقدم ، بالحكم على هذا التوافق .

ويتحدد عرض فاستين ، بعد تثبيت الرأس فى مدخل الحوض . يوضع كف اليد الفاحصة

على سطح الارتفاق ويتم التزحلق الى الأعلى ، الى منطقة الرأس المتقدم . فاذا كان السطح الأمامى من الرأس يقع فوق مستوى الارتفاق ، فهناك اذن عدم توافق بين الحوض والرأس (عرض فاستين موجب) ، والولادة لا يمكن ان تتم تلقائيا . ويقع السطح الأمامى من الرأس ، عند وجود عدم توافق غير هام ، على مستوى واحد مع الارتفاق (عرض فاستين على مستوى واحد) . ويمكن ان تكون نتيجة الولادة ، فى أحوال كهذه ، مزدوجة : فاذا كان النشاط الولادى فعالا والرأس يتكيف بصورة جيدة ، فالولادة تنتهى بصورة تلقائية ، وعند ضعف النشاط الولادى ووجود رأس ضخم مرصوص فالولادة لا يمكن ان تنتهى تلقائيا . وعند وجود توافق تام بين الحوض والرأس فان السطح الأمامى للرأس يقع أسفل مستوى الارتفاق (عرض فاستين سالب) وتنتهى الولادة عادة من تلقائها .

فقد اقترح الطبيب تسانغيمستير تحديد وجود ودرجة ارتفاع الرأس فوق العجز عن طريق القياس . ويجرى القياس بألة قياس الحوض عند وضع الماخض على جنبها . فيقاس فى البداية القطر الخارجى ، ومن ثم ينقل الزر الأمامى لألة قياس الحوض من الارتفاق الى أبرز نقطة على الرأس (يبقى الزر الخلفى فى مكانه) . فعند توافق أبعاد الرأس والحوض فان القطر الخارجى يكون أطول بـ ٣ - ٤ سم ، من البعد الواصل بين الرأس وحفرة فوق العجز . فان كان البعد الأخير أطول من القطر الخارجى ، فان بعد الرأس لا يتفق وبعد الحوض . ويدل تساوى طول كلا البعدين على وجود عدم توافق غير شديد : وتكون عاقبة الولادة موضع شك .

من الضرورى على الأخصى عند التوليد لدى النساء ، اللاتى لهن حوض ضيق متابعة ضربات قلب الجنين بانتباه . ويجرى القيام بالوقاية ، عند خروج المياه المبكر وقبل الأولان ، شدوذ قوى الولادة والمضاعفات الاخرى ، من اختناق الجنين . ان تغير ضربات قلب الجنين الراسخ ، وخروج الفائط عند جئنة الرأس يتطلب ضرورة انهاء الولادة بسرعة ، ولهذا الغرض كثيرا ما يجرى ترتيب الملاقط القبالية .

ويقتضى الأمر أحيانا اللجوء الى العملية القيصرية . ويعد عدم التوافق بين الحوض والرأس ، خطر تمزق الرحم أو تكون الناسور ، التركب السىء للرأس وبعض الاختلاطات الأخرى ، من الدواعى للقيام بالعملية القيصرية . وعند موت الجنين تجرى عملية تفتيته .

ان القيام بالتوليد عند ضيق الحوض ، يتطلب الصبر الكبير والمهارة العالية ، والعناية بالماخض والاهتمام اللطيف بها ، والتأثير الجيد على نفسياتها أهمية عظمى . ومن الضرورى استيضاح اختلاطات الحمل فى الحين واتخاذ الاجراءات اللازمة لابعادها .

النزيف الدموي فى دور الخلاص وفى الساعات الاولى من الولادة

النزيف الدموي فى دور الخلاص

نحدث الاختلالات فى دور الخلاص بصورة اكثر مما هو عليه فى دورى الافتتاح والطرء .

ويعد النزف الدموي اكثر وأخطر الاختلالات فى دور الخلاص . ويجرى دائما فقدان الدم فى دور الخلاص ، غير أن الماخص لا تفقد عند الانفصال والمخروج الطبيعى المشيمة اكثر من ٢٥٠ مليلتر . فبعد انسلاخ المشيمة يتقلص الرحم . ويحدث فى النتيجة : أ) طرد المشيمة المنفصلة من الرحم ، ب) انضغاط الأوعية الدموية للرحم وانقطاع النزف .

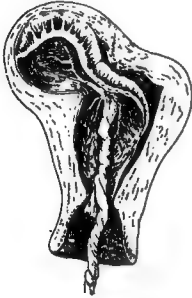
ويتم اذا كان النشاط التقلصى للرحم غير كاف ، اختلال عملية انفصال المشيمة . ولا تنفصل المشيمة بصورة كاملة وانما يتفصل جزء منها فقط . وما لم تنفصل المشيمة بصورة كاملة ، فإن الرحم لن يتقلص ، وإن أوعية الرحم فى منطقة الجزء المنفصل تبقى مفتوحة يسيل منها الدم . ويحدث النزف الدموي كذلك حينما تنفصل المشيمة عن جدار الرحم غير انها تبقى فيه ملقية . وما دامت المشيمة باقية فى تجويف الرحم ، فإن العضلات لا تنقلص بشكل جيد ، ولا تنضغط أوعية المشيمة بدرجة كافية ويستمر فقدان الدم . ويمكن ان يكون تمزق الأنسجة اللينة لطرق الولادة ، عنق الرحم ، المهبل والعجان مصدرا للنزيف الدموي فى دور الخلاص (أنظر الباب الحادى عشر من الجزء الثانى) الا ان النزف الدموي فى دور الخلاص يعود قبل كل شئ الى اختلال عملية انفصال المشيمة عن جدار الرحم وطرده من الرحم . وتتوقف عملية انفصال وخروج المشيمة ، التى تؤدى الى نشوء النزيف ، على أسباب مختلفة ، التى من ضمنها ما يلى :

١ - انخفاض توتر الرحم وقدرته على التقلص - انخفاض توتر الرحم .

ويسمى انخفاض توتر الرحم ، فى بعض الكتب العلمية ، بوهن الرحم . ويفهم من الوهن فقدان الرحم للتوتر والقدرة على التقلص بصورة تامة ، وتلاحظ هذه الحالة بصورة أقل بكثير من انخفاض توتر الرحم .

ويمكن ان ينشأ انخفاض توتر الرحم ، الذى يؤدي الى تعوق المشيمة ، فى الاحوال التالية :
(أ) امتلاء المثانة والمستقيم .

(ب) عدم نمو الرحم بدرجة كافية (الطفالة) ، الذى يكون مصحوبا بانخفاض توتر عضلاته .



شكل ٨٠ . تأخر جزء من المشيمة المتصلة المثبتة
فى زاوية البوق

شكل ٧٩ . انحصار المشيمة عند انقباض المزد

(ج) تغيرات فى جدار الرحم (ورم ليفى عضلى ، عواقب التهابات) ، تقلل من قابليته على التقلص .

(د) نشاط ولادى شديد للغاية ، يسبب تعب الماخض واستنفاد توتر الرحم .

٢ - ادارة دور الخلاص بصورة غير صحيحة . يجرى القيام بادارة دور الخلاص بالتريث والانتظار ، وان أية محاولات مصطنعة للاسراع بعملية انفصال المشيمة (السحب من

الحبل السرى ، استثارة الرحم والخ) تسبب اختلال نظام تقلصات الرحم واختلال عملية الانقباض الطبيعي للمشيمة ، أو انحصار المشيمة المفصولة فى مزرد الرحم المتقلص المتشنج (شكل ٧٩) .

٣- خصائص تثبيت المشيمة . ان تثبيت المشيمة فى الفلقة السفلى (جثة المشيمة) أو فى زاوية البوق، كثيرا ما يكون مصحوبا بتزف دموى فى دور الخلاص (شكل ٨٠) . وان سبب التزف الدموى هو اختلال انفصال المشيمة الذى يعود الى أن الأقسام المذكورة من الرحم لا تتقلص بنشاط كاف .

٤- رسوخ المشيمة . ان الرسوخ الجزئى للمشيمة يسبب التزف الدموى دائما فى دور الخلاص . غير ان الرسوخ الحقيقى للمشيمة يشاهد بصورة نادرة جدا . ويلاحظ فى الغالب الرسوخ « الكاذب » للمشيمة فى جزء ما معين (أنظر الباب الأول من الجزء الثانى) . فينفصل فى أحوال كهذه جزء من المشيمة ، ويبدأ التزف الدموى من أوعية الرحم ، الذى يستمر ما دامت المشيمة باقية فى الرحم .

وسرعان ما ينشأ التزف الدموى حالا بعد ولادة الجنين أو بعد مرور بعض الوقت (نصف ساعة ، ساعة) فى دور الخلاص . ويمكن ان تفقد النفساء خلال وقت قصير ٥٠٠ - ١٠٠٠ مليلتر من الدم وأكثر ، ويفوق أحيانا فقدان الدم ١٥٠٠ مليلتر . ويكون التزف عادة خارجيا ، ويسيل الدم كله بحرية من الطرق الجنسية . غير انه عند انقباض المزرد أو عند انسداده بفص من المشيمة أو بخثرة يمكن للدم ان يتجمع فى جوف الرحم . وفى أحوال كهذه ينعدم التزف الخارجى ، ويظهر لدى الماخض أعراض فقر الدم الحاد .

ويؤدى التزف الدموى ، فى دور الخلاص ، الى فقر الدم ، الذى تنوقف درجته على مقدار الدم المفقود وعلى الخصائص الذاتية للجسم . ويتحمل بصورة سيئة فقدان الدم خاصة النساء الضعيفات والمقاومة واللاتى كان ضغطهن قبل الولادة منخفضا .

ويسبب فقدان الدم شحوب الجلد والاعشى المخاطية الزرئية ، انخفاض الضغط الدموى الشريانى ، تسرع النبض ، الدوار ، طنين فى الأذنين ، ويصبح النبض ، عند فقدان كمية كبيرة من الدم ، خفيا ، ويهبط الضغط الشريانى ، وينشأ سوء التنفس ، ويمكن ان تموت المرأة اذا لم تقدم لها المساعدة المستعجلة .

وتتلخص الوقاية من التزف الدموى فى دور الخلاص قبل كل شىء باتباع قواعد ادارة هذا الدور من الولادة ، بصورة صحيحة (أنظر الباب التاسع من الجزء الاول) . ومن الضرورى

المراقبة الدقيقة للحالة الصحية للماخص ، وكمية الدم المفقودة ، وتفريغ المثانة ، ولا يجوز اثاره الرحم ، والسحب من الحبل السرى ، ما دامت المشيمة فى جوف الرحم . ويمنع اعطاء الايرغوتين والسبورين الذين يسببان تشنج الرحم . ويمكن ، فى الحالات التى يمكن فيها توقع حدوث نزيف دموى غزير ، بعد ولادة الجنين (استسقاء ، ثؤامان الخ) ، حقن مليلتر واحد من البيتوترين (اذا لم يكن الضغط الشريانى مرتفعا عند الماخص) ، الذى يسبب تقلص الرحم بصورة منتظمة ، أو حقن الازكسيتوتسين .

العلاج . من الضروري اتخاذ الاجراءات اللازمة فوراً لايقاف النزف ومكافحة فقر الدم . ان تقلص الرحم وانقطاع النزف يمكن الوصول اليهما بعد اخلاء الرحم فقط . ولهذا ينبغي اخراج المشيمة بسرعة وبمهارة من الرحم . فاذا انفصلت المشيمة ، يتم اخراجها بالطرق الخارجية . ويمكن ان تكون الطرق الخارجية عديمة الجدوى اذا كانت المشيمة غير منفصلة ، ولهذا يترتب اخراجها باليد ، المولجة فى جوف الرحم .

وعند حدوث التزيف الدموى ، ينبغي التأكد ، فوراً من أعراض انفصال المشيمة . فاذا كانت منفصلة (أعراض الانقصال ايجابية) يتم اخراجها حالا بطريقة «أبولادزى» أو « كرىدى » (أنظر الباب التاسع من الجزء الاول) .

وعند عدم وجود علامات انفصال المشيمة ، يجرى القيام بمحاولة عصر المشيمة بطريقة « كرىدى » بالتخدير . ويتوقف عدم نجاح استخدام طريقة « كرىدى » أحيانا على انقباض مزرد الرحم ، الذى يعرقل خروج المشيمة المنفصلة . ويزيل التخدير فى حالات كهذه الانقباض ، ويتيسر عصر المشيمة . فاذا لم تفلح طريقة « كرىدى » بالنجاح ، تستعمل الطريقة اليدوية لاجراج المشيمة .

ولا تستعمل القابلة التى تعمل تلقائيا التخدير ، فهى تلجأ الى الطريقة اليدوية لاجراج المشيمة حالا بعد فشل محاولة العصر بطريقة « كرىدى » بدون تخدير .

الفصل اليدوى للمشيمة واخراجها

ان ادخال اليد فى باطن الرحم لغرض فصل المشيمة واخراجها (او اجزائها المتبقية فى الرحم) يشكل دائما خطورة من حيث انتقال العدوى . وتقع بالتأكيد ميكروبات القرع والمهبل على جلد اليد المولجة فى الرحم ، وتنقل الميكروبات المنقولة الى الرحم بواسطة اليد ، الى الاوعية الدموية الممزقة والطرق المغاوية للسطح الداخلى من الرحم ، الذى هو عبارة عن

سطح واسع من الجروح . ونتيجة لذلك كثيرا ما تنشأ ، بعد فصل المشيمة وفحص الرحم باليد امراض النفاس التسممية . ولهذا : فالقيام بهذا التدخل الخطير يتم حسب دواعي صامة وعند الاتباع الشديد للقواعد الصحية .

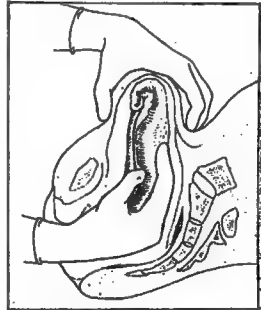
ومن دواعي القيام بالفصل اليدوى للمشيمة وإخراجها ما يلى : أ) النزف الدموى فى دور الخلاص ، اذا لم يتسن اخراج المشيمة بالطرق الخارجية ، ب) بقاء المشيمة اكثر من ساعتين فى الرحم ، اذا لم يتيسر إخراجها بطريقة «أبولاذزى» «وكرىدى» ويجرى القيام بالفصل اليدوى للمشيمة وإخراجها ، عند تأخرها لفترة طويلة فى الرحم ، حتى اذا لم يحدث فقدان كمية كبيرة من الدم .

ومن دواعي القيام بالفحص اليدوى للرحم بعد ولادة المشيمة : أ) تأخر أجزاء من المشيمة ، ب) الشك بسلامة المشيمة .

الطريقة . توضع الماخض على سرير عرضى ، ويجرى تفريغ المثانة . وتنظف الاعضاء التناسلية الخارجية حسب القواعد المتبعة عند القيام بالعمليات القبلية (أنظر الباب الثالث عشر من الجزء الثانى) . فيجرب غسل اليدين وتعقيمهما ، ويدهن الكف بصورة جيدة بدهن الفازلين المعقم . ويجرى القيام بالعملية تحت التخدير بالأنثير ، ويسمح بالحياد عن القاعدة فقط فى الحالات التى تكون فيها القابلة مضطرة لتقديم المساعدة بلون طيب .

يجرى ، باليد اليسرى ، فصل الفرج وترتيب اليد اليمنى على شكل المخروط («يد القابلة») وإدخالها فى المهبل ، ومن ثم فى الرحم . فعندما تمرر اليد عبر المهبل ، يكون سطحها متوجها نحو العجز . وتنقل ، فى لحظة ادخال اليد اليمنى فى المزرد ، اليد اليسرى الى قعر الرحم .

ولكى لا يشتبه بطرف المزرد المتخرب ويحسب على أنه طرف المشيمة ، يجرى ادخال اليد ماسكة الحبل السرى وينبئ عندما تبلغ اليد ، المتتبعة للحبل السرى ، المشيمة البحث عن طرفه



شكل ٨١ . الفصل اليدوى للمشيمة

الذى يكون قد انفصل. ويجرى بعد ذلك ادخال اليد بين المشيمة وجدار الرحم وبحركات تشبه المنشار تقوم اليد تدريجيا بفصل المشيمة كلها ، وفى هذه الاثناء تساعد اليد الخارجية اليد الداخلية ، ضاغطة بحذر على قعر الرحم (شكل ٨١) . ويتم ، بعد فصل المشيمة انزالها الى الفلقة السفلى للرحم ويتشل باليد اليسرى عن طريق السحب من الحبل السرى . ويتم مرة اخرى فحص السطح الداخلى للرحم بصورة دقيقة باليد اليمنى الباقية فى الرحم للتأكد نهائيا من عدم وجود أجزاء المشيمة . وتكون ، بعد فصل المشيمة بصورة تامة ، جدران الرحم لمساء ، باستثناء القسحة التى كانت فيها المشيمة ، التى تكون خشنة نوعا ما ، والتى قد تبقى عليها قطع من الغشاء الساقط .

ويتم ، بعد الفحص التفتيشى لجدران الرحم ، اخراج اليد من باطن الرحم . وتحت الماخض بمليتر واحد من الايرغوتين ، مليتر واحد من البيتوترين تحت الجلد ، ويوضع الثلج على أسفل البطن ، ويتم نقل الدم عند وجود فقر دم ، أو ما يعوض عن الدم . فاذا استمر النزف الدموى فتتخذ الاجراءات التالية لوقف النزف .

وينصح عند وجود اختلاطات ، قبل الفصل اليدوى للمشيمة ، لها القدرة على انماء العدوى النفسية (ولادة مطولة ، فترة تخلو من المياه لفترة طويلة ، علامات التهاب بطانة الرحم في الولادة الخ) باعطاء النفساء السولفات بمقدار ١ غرام ٤ - ٥ مرات فى اليوم لمدة ٢ - ٣ أيام . ويمكن اعطاء ٥٠٠٠ - ١٠٠٠٠ وحدة قياسية من البنسيلين كل ٣ ساعات لمدة ٢ - ٣ أيام أو المضادات الحيوية الأخرى .

ولا يشكل عادة فصل المشيمة وأجزائها المتبقية صعوبة . ولا يتسنى فصل المشيمة ، عند الالتصاق الحقيقى من جراء نبت الخمل فى جدار الرحم . وإن المحاولات العنيفة للفصل قد تؤدى فى حالات كهذه الى ثقب الرحم وموت المرأة . ويترتب عند الالتصاق الحقيقى للمشيمة ، استئصال الرحم . ولهذا تقوم القابلة ، التى تعمل لوحدها ، فى احوال من هذا القبيل ، بحشو الرحم واستدعاء الطبيب فوراً أو أن تقوم بإصالح الماخض الى دار التوليد .

النزيف الدموى فى الساعات الاولى من الولادة

يتسبب النزف الدموى ، بعد ولادة المشيمة ، الى الصنف المتكرر بكثرة من الحالات المرضية فى القباله ، كما هو الحال مع النزيف الدموى فى دور الخلاص . ويتوقف النزف الدموى فى الساعات الاولى من الولادة (فى الدور المبكر للخلاص) على الأسباب التالية :

١- تأخر أجزاء المشيمة . تمرقل أجزاء المشيمة الباقية فى الرحم (حتى غير الكبيرة) تقلصه بصورة صحيحة . ويحدث نتيجة لذلك نزيف الاوعية الدموية لساحة المشيمة ، التى تقع حول الجزء المتعوق من المشيمة ، ويلاحظ تموق أجزاء المشيمة ، عند عدم ادارة دور الخلاص بصورة صحيحة ، ونتيجة لالتصاق ازدياد جزء من المشيمة ويصحب النزيف الدموى هذا الاختلاط دائما .

: وتهلد المرأة عدا النزف الدموى. الاصابة بالعدوى . ولهذا يجب اخراج الجزء المتعوق من المشيمة من باطن الرحم بعد ولادة المشيمة حالا (لا يؤدى تأخر الأغشية الى مضاعفات جلدية ، فهى تخرج من تلقاء ذاتها) .

٢- انخفاض توتر الرحم وبعته . يلاحظ الوهن بصورة نادرة نسبيا ، واكثر ما يلاحظ فى الساعات الاولى من الولادة ، هو انخفاض توتر الرحم . ويقلص الرحم بصورة سيئة عند انخفاض توتره ، ويتفاعل بصورة ضعيفة مع الاثارات (التدليك ، البرودة وغيرها) . وبناء على تقلص الرحم بصورة غير كافية ، فان الاوعية الدموية تكون مفقورة ويتزف منها الدم . ويحدث النزيف الدموى الذى يعود الى انخفاض توتر الرحم بعد ولادة المشيمة نتيجة تلك الأسباب ، التى تسبب النزيف الدموى فى دور الخلاص (الطفالة ، الحمل متعدد الأجنة ، الاعياء بسبب سبق نشاط ولادى. عاصف ، تغيرات فى جدار الرحم بعد أمراض النهائية سبق وأن حصلت وغيرها) .

ويكون الرحم ، عند انخفاض توتره ، رخوا ، ضعيف التأثير بالاثارة (التدليك ، البرودة وغيرها) ، وكبير الحجم . ويكون الرحم ، عند وهته ، عديم التأثير بالاثارات ، رخو العضلات ، كبير الحجم ، ذا حدود غير واضحة والنزيف الدموى عند الوهن غزير ، يؤدى بسرعة الى الانتهاء .

٣- تمزق الانسجة اللينة لطرق الولادة . يمكن ان يكون مصدر النزف الدموى فى دور الخلاص وبعد ولادة المشيمة ، هو تمزق عنق الرحم والتمزقات العميقة للمهبل ، والبعجان والاعضاء التناسلية الخارجية (أنظر الباب الحادى عشر من الجزء الثانى) .

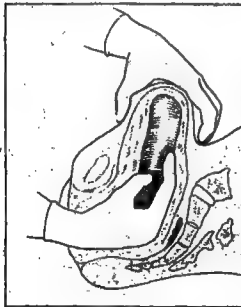
يبدأ النزف الدموى بعد ولادة المشيمة مباشرة أو بعد مرور بعض الوقت ، ويبدأ النزف أحيانا فى دور الخلاص ، ويستمر بعد ولادة المشيمة . ان درجة النزف مختلفة ، فقد يصل فقدان الدم الى ١٠٠٠ مليلتر وأكثر ، فينشأ فقر الدم الحاد (شحوب الجلد والأغشية المخاطية ، ازدياد النبض ، هبوط الضغط الشريانى ، دوار الرأس والنخ) .

ويكون النزف الدموى من الأنسجة اللينة الممزقة لطرق الولادة عادة عند تقلص الرحم بصورة جيدة .

٤- ينتسب اختلال نظام تخثر الدم الى الاسباب النادرة نسبيا للنزف الدموى فى دور الخلاص . فينخفض بشدة عند الحالة المرضية هذه (قلة الفيبرينوجين فى الدم ، انعدام الفيبرينوجين فى الدم) أو تقلل قدرة الدم على التخثر ، ونتيجة لذلك لا يتوقف النزف ، على الرغم من استعمال التثديك للرحم ، والوسائل المقلصة للرحم وغيرها . ويمكن أن يحدث اختلال نظام تخثر الدم فى حالات الحمل والولادة الميتة ، وقوع المياه المحيطة بالجنين فى دم الأم (الانسداد بالمياه المحيطة للجنين) ويتكرر- عند النزف الدموى الشديد (المتسبب عن انخفاض توتر الرحم ، وعن الرحم) .

وتتلخص الوقاية من الادارة الصحيحة للور الخلاص ، والمعاينة الدقيقة للمشيمة المولودة وتجنب ابداء الأنسجة اللينة لطرق الولادة . وعلى القابلة أن تتوقع احتمال حصول نزيف يعود الى انخفاض توتر الرحم (طفالة ، الاستسقاء ، التوأمين ، ورم ليفى عضلى وغيرها) وأن تهوى مقدما كل ما هو ضرورى لابقاف النزف الدموى ولمكافحة فقر الدم .

العلاج . ويتوقف النجاح فى مكافحة النزيف الدموى على ازالة الاسباب التى تحدث هذا الاختلاط الخطير . ولهذا ينبغى قبل كل شئ معرفة سبب النزيف والعمل تبعاً للتشخيص الموضوع .



شكل ٨٢. الفحص اليدوى لباطن الرحم

وينبغى خياطة أماكن التمزقات اذا كان سبب النزيف الدموى هو تمزق العنق، المهبل أو الاعضاء التناسلية الخارجية . حينما يعود النزف الدموى الى تعوق جزء من المشيمة ، يتم القيام بفحص الرحم باليد فوراً وإخراج الجزء المتعوق . وتتخذ الاجراءات اللازمة ، عند وجود نزف مرتبط بانخفاض توتر الرحم ، لرفع شدة توتر الرحم وقلترته على التقلص .

ان القيام بالفحص اليدوى يتم عند تأخر جزء من المشيمة بصورة واضحة ، وكذلك عندما تكون سلامتها موضع الشك . فتتبع هنا نفس تلك القواعد ، التى تتبع عند القصل اليدوى للمشيمة .

يجرى ، باليد المولجة فى الرحم ، تحسس جدران الرحم ، قعره والزوايا البوقية (شكل ٨٢) . والطبيب الخبير يستطيع القيام بفحص الرحم واخراج اجزاء المشيمة بمكشنة كبيرة غير حادة (عند التوتر الجيد للرحم) . ويتقلص عادة الرحم بعد اخراج اجزاء المشيمة المتوقعة ، ويتوقف النزف . ويجرى اعطاء المرأة بعد الفحص اليدوى للرحم حسب الدواعى (أعراض التهاب بطانة الرحم فى الولادة والاختلاطات الأخرى المهينة لنشوء العدوى) المضادات الحيوية وأدوية السولفات .

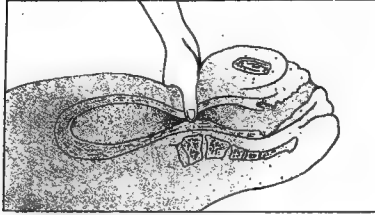
ان مكافحة النزيف الدموى الذى يعود الى انخفاض توتر الرحم والى وهنه يتم بالطريقة التالية :

١ . يتم تفريغ المثانة . ويجرى تدليك الرحم عبر جدار البطن : توضع اليد على قعر الرحم ويجرى تدليك الرحم بحركات دائرية (الحركات الخشنة لا تبلغ الهدف) . وتحت تأثير التدليك يتقلص الرحم ويصبح قوامه اكثر ترابصا . فتتصبر من الرحم خثر الدم . ويتم فى الوقت نفسه مع التدليك حقن المرأة بـ ١ ميليلتر من محلول الايروجوتال المركز بنسبة ٠,٥٪ أو ٠,٥ - ١ ميليلتر من محلول الميتيلايروجوميترين المركز بنسبة ٠,٢٪ أو (٥ - ٨ وحدات قياسية من الاوكستوتسين مع ٥٠٠ ميليلتر من الجلوكوز بتركيز ٥٪) فى الوريد . ويوضع على أسفل البطن كيس من الثلج .

وان الاجراءات المذكورة ، تكون كافية عند انخفاض توتر الرحم بصورة غير شديدة .
٢ . فاذا لم يتوقف النزيف الدموى ، تستخدم الطرق التى يكون أساسها تقليل او قطع تيار الدم الى الرحم . فان اخلاء الرحم من الدم يساعده على التقلص .

طريقة « بيسكاجيك » . يتم القبض على الفلقة السفلى للرحم وعصرها باليد اليسرى (الابهام من جهة ، والاصابع الاربعة من الجهة الأخرى) . وفى هذه الحالة تنضغط شرايين وأوردة الرحم . ويجرى فى الوقت نفسه تدليك قعر الرحم باليد اليمنى .

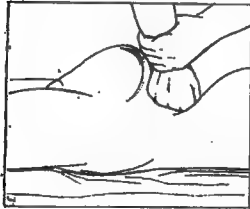
طريقة « غيتير » . يجرى تخفيض النهاية الرأسية للسريز ، ويتم عصر الفلقة السفلى ، كما فى طريقة « بيسكاجيك » ، ويسحب الرحم بقوة الى الاعلى ويجرى فى الوقت نفسه مع هذا ضغط الفلقة السفلى للرحم على المعجز (شكل ٨٣) . ولزيادة المفعول يتم باليد اليمنى الحرّة تدليك الرحم . ويترك الرحم فى هذه الوضعية لمدة ١٠ - ١٥ دقيقة . فتتضغط فى هذه الحالة أوعية الرحم ، وينضغط الشريان الابهري بواسطة الفلقة السفلى الى العمود الفقرى . وفى النتيجة يتم تفريغ الرحم من الدم وتقلصه .



شكل ٨٣ . ضغط الفلقة السفلية من الرحم الى السند الفقرى

٣ . يجرى القيام ، عند استمرار النزف الدموى ، بالفحص اليدوى للرحم (اذا لم يتم اجرائه سابقا) ويتم اخراج خثر الدم ، وجزيئات الاغشية والمشيمة ، ان كانت فى الرحم . ومن ثم يتم ، دون اخراج اليد من الرحم ، القيام بالتدليك الخارجى - الداخلى . وتجمع اليد الداخلية فى قبضة ، وباليه الخارجية يتم تدليك قعر الرحم من خلال جدار البطن (انظر شكل ٨٧) .

٤ . ضغط الشريان الأبهري البطنى . ينصح ، عند انخفاض توتر الرحم الشديد (وهن) ، بضغط الأبهري البطنى بهدف قطع الدم عن الرحم . فيتم الوقوف بجانب النساء ، ويضغط

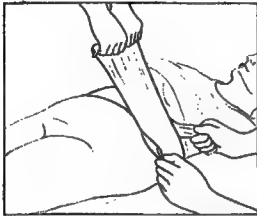


بظهر السلاميات الأساسية لليد اليمنى المجموعة فى قبضة الشريان الأبهري البطنى على العمود الفقرى من خلال جدار البطن (شكل ٨٤) . فاذا ماتعت اليد ، فتقوم اليد اليسرى بالمساعدة ، فتقبض اليد اليمنى المفصل الكعبرى - الرسغى لها ، ويتم الضغط على الشريان . ويمكن ضغط الأبهري البطنى الى العمود الفقرى بأصابع كلتا اليدين (حسب طريقة « بيروكوف ») أو بواسطة المسند ، الذى يربط بشدة (شكل ٨٥

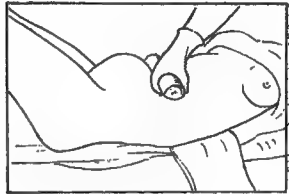
شكل ٨٤ . ضغط الشريان الأبهري البطنى بالقبضة

و ٨٦) .

٥ . حشو الرحم . يلجأ ، عند الحصول من الاجراءات المذكورة على مفعول مؤقت أو إذا كانت تلك الاجراءات فاشلة، الى حشو باطن الرحم برباط من الشال العريض . فيساعد الحشو على تكوين الخثر في الاوعية وتقلص عضلات الرحم . والناحية السلبية في الحشو هو

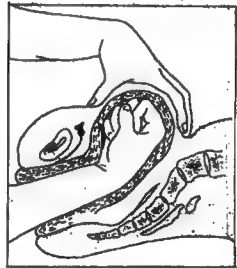


شكل ٨٦ . ربط المست بشدة



شكل ٨٥ . ضغط الشريان الأبهري بمنت

احتمال انتقال العدوى . ولهذا تتبع عند الحشو القواعد الصحية بدقة خاصة . ويجرى تنظيف الاعضاء التناسلية الخارجية وفقا للقواعد المتبعة عند العمليات القبلية، فيولج في المهبل المنظار العريض، ويتم القبض على العنق بالملاقط ويجرى سحبه الى المهبل . ويجرى حشو باطن الرحم بشدة بالأربطة المريضة الطويلة المصنوعة من الشال بمساعدة ملقط معوج طويل . فمن الضروري حشو كل جوف الرحم ابتداء من القعر وانتهاء بالعنق بالتعاقب . بعدئذ ترفع الملاقط ويتم حشو المهبل . ويمكن للحشو ان يبقى في الرحم اثناء ٨ - ١٠ ساعات .



شكل ٨٧ . تدليك الرحم على قبضة اليد

٦ . اذا لم يتوقف ، من تنفيذ الاجراءات المذكورة ، النزيف الوهني ، يتم فتح البطن واستئصال الرحم أو ربط أوعيته .

٧ . ويجرى ، عند النزف المرتبط بانخفاض الفيبرينوجين أو انعدامه في الدم، نقل الدم

الطازج الحاوى على السترات ويحقن فى الوريد الفيرينوسين ، وڤروتامين السلفات حمض ايسلون آمينوكابرولى والوسائل الأخرى التى تساعد على زيادة تخثر الدم .

مكافحة فقر الدم الحادّ

يسبب ، فقر الدم الحاد ، الذى يحدث عند النزف الدموى فى دور الخلاص وڤودر النفاس اختلال أهم الوظائف (الدورة الدموية ، التنفس ، التمثيل وغيرها) ، ويخفض مقاومة الجسم ويمكن أن يؤدى الى موت النساء . ولهذا فبالإضافة الى إجراءات وقف النزف الدموى يجرى القيام بمكافحة فقر الدم .

١ - يجرى تخفيض النهاية الرأسية للسرير ، مما يحسن تدفق الدم الى المخ .
٢ - تحاط المريضة من جميع الجهات بالملفات ، ومن المهم جدا تدفئة القفا (تحت القفال يجب ايضا وضع مدفأة) . وينبغى الاهتمام بعلم الاصابة بالحروق .

٣ . حقن كمية كبيرة من السوائل . وتعطى القهوة ، وشاى حار ثقيل مع النبيل (أو ١-١ ملعقة من الكحول الخالص - مع كأس من الشاى) بكمية كبيرة . ويتم حقن ٥٠٠ - ١٠٠٠ ميليلتر (حتى ٢٠٠٠ ميليلتر) من المحلول الفيزيولوجى لملح الطعام مع اضافة ٥ - ٨ قطرات من الادرينالين بتركيز ١٪ لليلتر الواحد من السائل المحقون ، تحت الجلد ، ويمكن ، بدلا من المحلول الفيزيولوجى ، ادخال نفس الكمية من محلول الجلوكوز بتركيز ٥٪ .

٤ - ولنقل الدم أهمية استثنائية فائقة . ويتناسب حجم الدم المقول مع درجة فقر الدم . نقل الدم يحسن بسرعة وظائف الجسم المختلة . ويباشر ، عند الصدمة الشديدة وحالة الاحتضار بضخ الدم فى الشريان .

٥ - تحقن المرأة بعد توقف النزف الدموى ، بأدوية القلب (الكوشين ، الكافور) .

٦ - تعطى النساء الاوكسجين ، وتفتح ، عند علم وجود الاوكسجين النوافل .
وتقوم القابلة ، عند حلول النزف فى دور الخلاص ودور النفاس بترتيب دعوة الطبيب فوراً (تقوم بالانخبار عن النزف وتقوم قبل مجيئه لوحدها بمكافحة النزف وفقر الدم الناشئ) :
وتحتاج النساء المصابات بفقر الدم ، الى العناية الخاصة :

النزف الدموى النفاسى المتأخر

يعتبر النزف متأخرا اذا حدث بعد مرور يوم أو فى وقت متأخر من الولادة . ويبدأ النزيف النفاسى أحيانا فى اليوم ١٠ - ١٥ من الولادة .

وأكثر الاسباب تكرارا فى حدوث النزف النفاسى المتأخر هى تمزق أجزاء (قطع) من المشيمة فى الرحم . ويأخذ الجزء المتأخر من المشيمة تدرجيا شكل بوليب («البوليب المخلصى») ويؤدى بكل تأكيد الى النزيف الدموى. ولما يتوقف النزيف النفاسى المتأخر على تمزق الأغشية فى الرحم والاصابة بالعدوى .

فاذا كان النزف الدموى النفاسى متعلقا بتمزق المشيمة أو الأغشية، فإن العلاج يتلخص فى اخراجها من جوف الرحم بطريقة آلية (كشط الرحم) . وتشكل هذه العملية فى دور النفاس بعض الصعوبات ويقوم بها الطبيب فقط .

وينبغى ان يكون الاهتمام متجها ، عند وجود أعراض العدوى ، الى معالجة أمراض النفاس ، التى تعود الى الاصابة بالعدوى . وان الشفاء من المرض الأساسى سيساعد على انقطاع النزف .

الباب الحادى عشر

أذى الولادة

كثيرا ما يلاحظ أثناء الولادة تمزق العجان ، الفرج ، المهبل وعق الرحم . وتحدث أحيانا عند الولادات المرضية أورام دموية ، أذى مفاصل الحوض ، التواسير البولية التناسلية والتواسير المستقيمىة المهبلىة . ويمكن أن يحدث أثناء الولادة أخطر اختلاط وهو تمزق الرحم .

تمزقات العجان ، الفرج والمهبل

يحدث فى دور الطرد امتطاط المهبل ، الفرج والعجان بصورة ملحوظة . وكثيرا ما تلاحظ ، نتيجة لذلك اصابات الأقسام المذكورة من طرق الولادة ، لا سيما العجان . وتنسب تمزقات العجان الى اكثر انواع القباله المرضية ترددا ، فهى تلاحظ بمعدل ١٠٪ من الماخصضات .

تمزقات العجان. مما يساعد على حدوث تمزقات العجان هى الظروف التالية : ١) ضيق مطاطية (تصلب) الانسجة وتصلبها لدى المسنات اللاتى يلدن لأول مرة ، وللدنابات بعد الولادات السابقة ، والعجان المرتفع ، ٢) اجتياز الرأس ببعء غير ملائم ، مما يلاحظ عند الجيئات المنتصبه والرأس الكبير بصورة مفرطة، ٣) ولادات جراحية (وضع الملاقط وغيرها) ، ٤) ضيق الحوض ، خاصة الحوض المسطح الكساحى (اجتياز سريع) والحوض الطفالى (ضيق القوس العالى) ، ٥) الادارة غير الصحيحة للولادة : الانتصاب قبل الأوان والاجتياز السريع للرأس. ان اصابة العجان لا تحدث فجأة ، فتسبقها عادة تغيرات تشير الى امكانية حدوث التمزق .

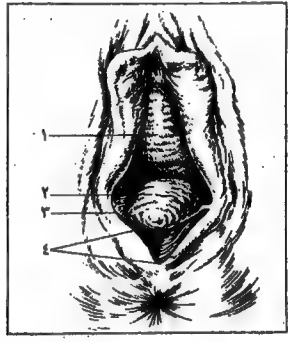
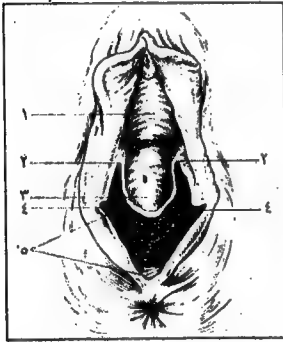
ونتيجة لازدياد ضغط الرأس يتحلب العجان على شكل قبة ، يتورم ويزرق . ويشعب فيما بعد جلد العجان ويصيح براقا ، وتظهر عليه القطور الدقيقة . وتعتبر التغيرات المذكورة (تمزق العجان ، الازرقاق ، التورم والايضاض) أعراضا لخطر تمزق العجان .

ويجرى القيام ، عند خطر تمزق العجان ، بشق متوسط الطول للعجان - شق العجان .
فالاطراف المصقولة للجرح المقطوع تلثم بعد خياطتها أحسن من الاطراف غير المستقيمة
للجرح الممزق .

وهناك ثلاث درجات من تمزق العجان .

تمزق من الدرجة الاولى . يتمزق الملتقى الخلفى للفرج (جزء غير كبير من جلد العجان
وجدار المهبل) وتبقى عضلات العجان بدون أذى (شكل ٨٨) .

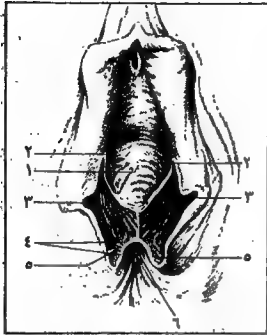
تمزق من الدرجة الثانية . يتمزق جلد العجان ، جدران المهبل وعضلات العجان ، ما عدا
العاصرة الخارجية للمستقيم (شكل ٨٩) .



شكل ٨٨ . تمزق من الدرجة الاولى للعجان .
١ - الجدار الامامى للمهبل ، ٢ - الجدار الخلفى
المهبل ، ٣ - الملتقى الخلفى ، ٤ - جلد العجان
الخلفى ، ٥ - جلد العجان .

شكل ٨٩ . تمزق من الدرجة الثانية للعجان .
١ - الجدار الامامى للمهبل ، ٢ - الطرف العلوى من
التمزق ، ٣ - الجدار الخلفى للمهبل ، ٤ - الملتقى
الخلفى ، ٥ - جلد العجان .

تمزق من الدرجة الثالثة . يتمزق ، بالإضافة الى الانسجة المذكورة أعلاه ، العاصرة
الخارجية للمستقيم ، وأحيانا جدار المستقيم (شكل ٩٠) .



شكل ٩٠ . تمزق من الدرجة الثالثة العجان
١- الجدار الخلفى للمهبل ، ٢- الطرف العلوى من
التمزق ، ٣- الملتقى الخلفى ، ٤- الشفاء الداخلي
الستيم ، ٥- الماصرة ، ٦- الفرج

ومن الانواع النادرة من الاصابات هي
تمزق مركز العجان. وتتماز بأن التمزق
يصيب مركز العجان مع بقاء الملتقى الخلفى
للفرج سليما. فيولد الجنين لا عن طريق
الفرج وإنما عن طريق الفتحة المتكونة فى
مركز العجان .

فقد أشير بأن تمزق الانسجة اللينة
لطرف الولادة ، وبضمنها العجان تشكل
خطرا من حيث انتقال العدوى. بالإضافة
الى ذلك فان تمزقات العجان غير الكبيرة
مستاعدة فيما بعد على هبوط وسقوط الاعضاء
التناسلية .

ويحدث عند الدرجة الثالثة من التمزق
سلس الغازات والبراز . يجب خياطة كل
تمزق يحدث .

خياطة تمزقات العجان

تجرى خياطة العجان مباشرة بعد ولادة المشيمة ، فكلما كانت المدة بين لحظة التمزق
والخياطة أطول كلما كان خطر تلوث الجرح أكبر . لا تجوز الخياطة قبل ولادة المشيمة لانه
غير معلوم كيف سيمر دور الخلاص (لا تستبعد ضرورة ادخال اليد فى الرحم) .

وتتم القيام بخياطة العجان عند اتباع جميع قواعد التطهير ، ونهية مجال العملية ويندى
الجراح حسب الطرق المتبعة عند عمليات القباله . ويسمح للقبالة ، التى تشغل وحدها ،
إقيام برفو تمزقات الدرجة الدول والثانية ، أما تمزق الدرجة الثالثة فيقوم الطبيب فقط بخياطته .
الادوات الضرورية : مناظير مهبلية (٢) ورافعات (٢) ، ملاقط (٢-٣) ، أجفات
(٣-٤) ، الاجفات الموقفة للتزييف (٤-٥) ، مقص ، ماسك الابرة ، إبر مختلفة القياس
(٣-٤) ، مسبر معدنى ، حقنة مع إبر للتخدير . ومن الضرورى وجود أنسجة معقمة
(حشو ، مناشف) . ويستعمل للخياطة الداخلية الخيط المعوى ، والسلطحي - الحرير .

وترقد النساء أثناء الخياطة بشكل بحيث تقع منطقة عجزها على حافة الطاولة ، وتكون ساقاها متباعدتين في مفصل الركبة والخصب ، ومسحوبتين الى البطن ومنفردتين . ويجرى قبل الخياطة تمرية جرح المعجان بمساعدة منظار وتدرس بصورة دقيقة طبيعة الإصابة . فاذا كانت القابلة تشتغل وحدها ، فانها تقوم باليد اليسرى بكشف الجرح ، باليد اليمنى تضيف الجرح وتخيطة . ولاهتداء بصورة أفضل ، يتم وضع قطعة واحدة من الخيط المعوى في الزاوية العليا من الجرح ، الموجود في جدار المهبل ، وتؤخذ نهايتا الخيط بالماسك وتسحبان الى الاعلى . ويوضع بعد ذلك ماسكان على طرف الجرح ، في منطقة عبور الغشاء المخاطي للمهبل الى جلد المعجان ، وبمساعدة القطعة والماسكين يتم الكشف عن الجرح ، فيجفف بالشاش وتدرس طبيعة التمزق . ويجرى قطع الأقسام المهروسة الرثة من حاشية الجرح .

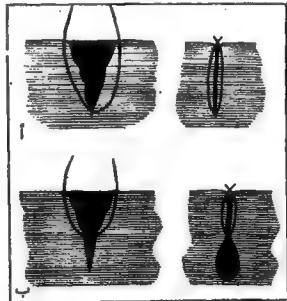
وعند تمزق من الدرجة الاولى يخاط الغشاء المخاطي بالخيط العضوية بعد ذلك يخاط جلد المعجان بالخيط الحريرية (شكل ٩١) . وتوضع القطب على مسافة ١ سم الواحدة عن الأخرى . وتسرر الابرة من تحت كل



شكل ٩١ . خياطة تمزق المعجان من الدرجة الاولى



شكل ٩٣ . خياطة تمزق المعجان من الدرجة الثانية



شكل ٩٢ . عن الخياطة

١- الخياطة الصحيحة ، ب - الخياطة غير الصحيحة

سطح الجرح. وعند العكس ستبقى شقوق، حيث يتجمع فيها الدم، الذى يعرقل التئامها. ويجب ان تتأخم ، عند الربط ، أطراف الجرح بعضها البعض بصورة ملتصقة (شكل ٩٢) .

عند الإصابة بتمزق من الدرجة الثانية يخاط كما يلى . فى البداية تخاط الزاوية العليا من الجرح بقطبة واحدة (شكل ٩٣)، ومن ثم تربط العضلات المقطوعة للعجان ببضمة قلب داخلية من الخيط العضوى (ويجب ان لا تمر هذه القطب من خلال الجلد او الغشاء المخاطى). بعدئذ يخاط بالخيط العضوى الغشاء المخاطى للمهبل حتى يلتقى الخلفى للفرج . وتقطع نهايات الخيوط عدا القطبة الموضوعة على يلتقى . ويتم سحب القطبة الأخيرة الى الأعلى ، مما يوفر جوا ملائما عند خياطة جلد العجان . ويخاط جلد العجان بالخيوط الحريرية ، التى تقطع نهاياتها (يمكن وضع الرز المعدنية) . ويدهن الجرح المخاط بصيغة اليود .

ويجرى عند الدرجة الثالثة من التمزق فى البداية خياطة جدار المستقيم المتمزق ومن ثم يتم البحث عن الاطراف المفصلة للعاصرة الممزقة لخياطتها . وبعد ذلك تجرى الخياطة بنفس الترتيب ، كما فى تمزق العجان من الدرجة الثانية .

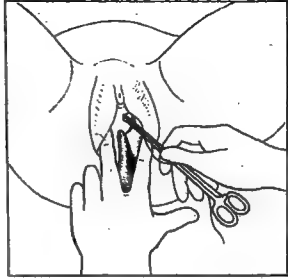
وتنحصر العناية ، بعد العملية عند تمزق العجان ، فى المحافظة على نظافة الجرح المخاط . فتوضع على الجرح قطعة من الشاش المعقم ، التى تبديل كل ٣ - ٤ ساعات (يمكن العناية بالجرح المخاط بدون استعمال قطع الشال) . وعند تنظيف النساء لا يتم غسل منطقة الجرح المخاط ، فهى تجفف فقط بعناية بفتيل من القطن المعقم . ويتم القيام ، بعد التبول والتغوط بتنظيف اضافى للاعضاء التناسلية الخارجية وتجهيف منطقة الجرح المخاط .

ويعطى ، عند الدرجة الثالثة من التمزق- بالإضافة الى ذلك ٨ - ١٠ قطرات من T-rae Opi simplicis مرتين فى اليوم حتى اليوم ٦ ، كى يتم تأخر التبرز. ويوصف فى اليوم ٦ زيت الخروع ، ويمكن وضع حقنة من الدهن فى الشرج .

الحمية : شاي حلو ، سحلب ، مرق لحم ، والأكلات الاخرى سهلة الهضم . وترفع القطب الحريرية من جلد العجان فى اليوم ٥ - ٦ . ويتم السماح للنساء بالنهوض فى اليوم الثانى من رفع القطب . وكثيرا ما يصحب تمزقات البظر والشقيرين الجنسين نزيف دموى خطير ، وقد يسبب النزيف الدموى من الجسم الكهفى للبظر فقدان كمية كبيرة من الدم ، وتجرى خياطة جميع التمزقات ، ويتم ، عند الخياطة فى منطقة البظر ، ادخال مسبر معدنى فى قناة مجرى البول ، لكى لا تجرى خياطتها مع الجرح .

تمزقات المهبل. تحدث تمزقات المهبل ، عند عدم امتطاط جدرانه بصورة كافية ، الطفالة ، ولادة جراحية ، الجيئات المنتسبة ، ضخامة حجم الرأس وغيرها. وأكثر التمزقات تلاحظ فى الثلث السفلى من المهبل ، فهى تحدث عادة فى حين واحد مع تمزق العجان .

يجرى تعرية تمزقات المهبل بواسطة المنظار وتتم خياطتها بالخيط العنقوى . ويمكن خياطة تمزق الثلث السفلى من المهبل مع فصل جدرانه الجانبية باليد اليسرى (شكل ٩٤) .



شكل ٩٤ . خياطة تمزق جدار المهبل

الاورام الدموية للفرج والمهبل

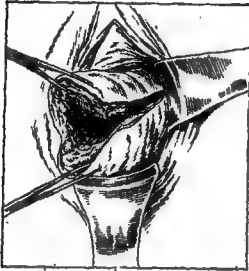
يمكن أن يحدث أثناء الولادة تمزق الأوعية الدموية وانسكاب الدم فى النسيج الخلال تحت الجلد للأعضاء التناسلية. الخارجية أو تحت الغشاء المخاطى للمهبل . ويكتسب ، الجلد والغشاء المخاطى فوق الورم الدموى لونا أزرق قمرزيا ، ويلاحظ ، عند تجمع الدم بصورة كبيرة ، تورب الأنسجة والألم .

ان علاج الاورام الدموية غير الكبيرة يتم بالانتظار . فيوضع فى البداية على منطقة الورم الدموى ، كيس من الثلج ، ويبدأ بالمعالج فيما بعد بالتدفئة بحلر . ويجرى القيام بشق الجلد ، عند الورم الدموى الآخذ بالنمو بسرعة ، وتفريغ الورم ، والبحث عن الوعاء النازف وربطه . بعد ذلك يغطى الجرح .

تمزق عنق الرحم

يستوى ، أثناء الولادة ، عنق الرحم ، وتتمطى أطراف المزرد الخارجى بشدة وترق . ويحدث نتيجة لذلك ، قطع جزئى غير عميق لأطراف المزرد ، الذى لا يكون مصحوبا بنزف دموى خطير والذى يبقى عادة غير مرئى .

وكثيرا ما يحدث ، أثناء الولادة خاصة المرضية ، تمزقات عنق الرحم التى تكون مرفوعة بترفيف دموى خطير والعواقب السيئة الأخرى . وتقع التمزقات عادة من الجانب (فى الغالب من اليسار) (شكل ٩٥) ، وتصل أحيانا الى



شكل ٩٥ . تمزق عنق الرحم

قوة المهبل وتتحول اليها ، ويمكن ان يصل التمزق الى النسيج الخلالي حول الرحم . وهناك ثلاث درجات من تمزق عنق الرحم : الأولى طول التمزق حتى ٢ سم ، الثانية - أكثر من ٢ سم ، غير أنه لا يصل الى القبة ويتحول اليها الثالثة - يصل التمزق الى القبة ويتحول اليها (ويندمج بالجزء العلوى من تمزق المهبل) .

وتصاب الاوعية عند التمزق العميق للمق بالأذى ويحدث عادة النزيف الدموى . ويكون النزيف عند تمزق العنق شديدا عادة وكثيرا ما

يكون خطيرا ، ويكون النزف كقاعده خارجيا ، ويتسرب جزء من الدم ، عند التمزق العميق للعنق ، الى النسيج الخلالي حول الرحم ويكون فى هذه المنطقة ورما دمويا .

ويبدأ عادة النزيف الدموى من العنق على أثر ولادة الجنين . غير أن معرفة ما اذا كان النزف ناشئا من تمزق العنق أو من أوعية منطقة التصاق المشيمة يكون صعبا قبل ولادة المشيمة . وتسهل المعرفة بعد ولادة المشيمة .

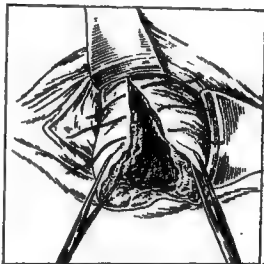
وما يميز تمزق العنق هو النزف الدموى الدائم مع التقلص الجيد والقوام المتماسك للرحم . وللتأكد من التشخيص من الضرورى معاينة عنق الرحم بالمنظار . فيتم القبض على أطراف المزرد بالملاقط وتجرى المعاينة بنقل وتحويل الملاقط بصورة تدريجية .

هنالك التمزق الذاتى والتمزق القسرى لعنق الرحم . وما يساعد على التمزق الذاتى هو تصلب العنق (خاصة لدى المسنات اللاتى يلدن لأول مرة) ، الانقباض المفرط لأطراف المزرد (جنين ضخم ، جثثات منتصبه) ، الولادات السريعة ، انقباض عنق الرحم لمدة طويلة عند ضيق الحوض ، الذى يؤدى الى اختلال تغذية الأنسجة .

وتتكون التمزقات القسرية عند الولادات الجراحية (الملاقط ، القلب على القدم وانشال الجنين ، عمليات تفتيت الجنين وغيرها) . ان تمزقات عتق الرحم تكون خطرة ليس فقط لانها تسبب النزف الدموي . فان التمزقات غير المخاطة تملوث ، وتتكون في منطقة الجرح قرحة فمسية ، التي تعد مصدرا فيما بعد لانتشار العدوى . وتتكون في مجرى التام التمزق الذي يخاط ندبات تساعد على انقلاب العتق (الشتر الخارجي) . وينشأ نتيجة هذا الانقلاب التهاب مزمن للغشاء المخاطي لقناة العتق وتآكل عتق الرحم .

ويتلخص علاج تمزقات عتق الرحم في خياطتها ، بعد معاينة العتق واكتشاف التمزق حالا . فيسحب عتق الرحم بواسطة الملاقط

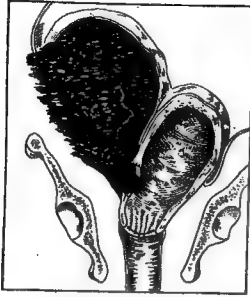
الى مدخل المهبل ويجرى تحويله الى الجانب المقابل للتمزق . وتوضع القطب ، ابتداء من الزاوية العليا للتمزق (توضع القطبة الاولى في أعلى مكان التمزق بقليل) حتى طرف المزرد ، ولا يخاط الغشاء المخاطي لعنق الرحم (شكل ٩٦) . اذا لم يتسن اكتشاف الزاوية العليا من التمزق حالا ، فتوضع القطبة الاولى أسفل قليلا ويجرى سحب نهايات هذا الخيط الى أسفل ، عندئذ تصبح الزاوية العليا للجرح واضحة وسهلة المنال لخياطتها . ويستخدم في خياطة تمزق العتق الخيوط العضوية ، ويتم بعد الخياطة قطع النهايات .



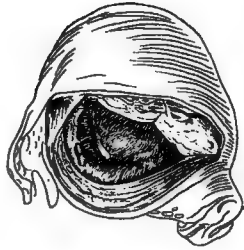
شكل ٩٦ . خياطة تمزق عتق الرحم

تمزق الرحم (Ruptura uteri)

يسمى اختلال سلامة جدران الرحم ، بتمزق الرحم . فاذا اختلت كل طبقات الرحم (الغشاء المخاطي ، الطبقة العضلية ، البريتون) ، يسمى التمزق بالتمزق الكامل (شكل ٩٧) ، فعند التمزق الكامل يكون باطن الرحم متصلا مع جوف البطن . واذا شمل التمزق الغشاء المخاطي والعضلة بلون البريتون ، سمي هذا النوع من التمزق بالتمزق الناقص (شكل ٩٨) . ويحدث التمزق الكامل (الثاقب ، النافذ) للرحم بصورة اكثر من الناقص .



شكل ٩٨ . تمزق غير تام الرحم وتكون ودم دموى تحت البريتون



شكل ٩٧ . تمزق تام الرحم

ويحدث التمزق غالبا في جدار الفلقة السفلى للرحم ، الرقيق نسبيا ، غير أن هناك تمزقات تحدث في منطقة الفلقة العليا للرحم وحتى في قعره . ويشاهد تمزق الرحم ، الذى يسير فى الخط الذى يربط المتق بقنوات المهبل ، وهذا النوع من التمزق هو فى الجوهر عبارة عن انقطاع الرحم عن القنوات .

يلاحظ التمزق الذاتى والتمزق القسرى للرحم . ويسمى التمزق الذى يحدث بدون أية تأثيرات خارجية بالتمزق الذاتى وتعد التمزقات التى تحدث بفعل التأثيرات الخارجية ، وقبل كل شيء بفعل التدخلات الجراحية المستخلمة بصورة غير صحيحة ، تمزقات قسرية للرحم . وينتسب تمزق الرحم الى مجموعة الاختلالات التى هى أكثر خطورة . وكثيرا ما تؤدي تمزقات الرحم ، حتى عند التنظيم العسرى للمساعدة القبلية ، الى موت الأم والجنين داخل الرحم . وتتوقف خطورة تمزق الرحم بالنسبة للمرأة ، على فقدان الدم والصدمة . وتعد أوعية جدار الرحم ، المتعرضة للاصابة لذى التمزق ، مصدر النزيف الدموى ، وكلما كان غلاء الاوعية الممزقة أوسع كلما كان النزف الدموى أشد . وتعتبر أوعية مجال المشيمة ، مصدرا اضافيا للنزيف ، عند تمزق الرحم . وتنفصل عادة المشيمة عند تمزق الرحم وتبدأ أوعية جدار الرحم فى موضع انفصال المشيمة بالنزف . ويمكن ان يصل النزيف ، عند تمزق الرحم ، الى حجم كبير جدا .

وتتمثل صورة فقدان الدم بالصلمة ، التى تحمل عادة عند تمزق الرحم ، سيما الكامل . وتحدث الصدمة على أساس الاثارة الشديدة للغاية للعناصر العصبية للرحم المصاب بالتمزق (خاصة الغطاء البريتونى) ، وتلعب هنا دورا كذلك اثارة الاعضاء الأخرى التى تعود الى ان الجنين كثيرا ما يخرج كلبا الى جوف البطن ويزيح الاعضاء الموجودة فيه . ويموت الجنين عند تمزق الرحم فى الغالب وبسرعة جدا نتيجة لافصال المشيمة . ان أسباب حدوث تمزق الرحم مختلفة . فقد تقدم باندل فى القرن الماضى (١٨٧٥) بالنظرية الميكانيكية لتمزق الرحم .

وقد فسر باندل وعلى أثره مولدون آخرون كليون ، تمزق الرحم اثناء الولادة بعدم توافق بين الجزء المتقدم من الجنين وحوض الأم . ويمكن ان ينشأ عدم توافق كهذا عند ضيق الحوض ، حيثات غير صحيحة (بالجنين ، المنظر الخلفى للوجه) أو تركيب غير صحيح للرأس (اللاتزامل المرضى) ، عند الجنين الضخم (العماق) ، الاستسقاء الدماغى ، ويحدث مثل عدم التوافق هذا ، عند الوضعيات المستعرضة والمائلة للجنين .

ويتكون ، عند وجود عرقلة لطرد الجنين ، نشاط ولادى عاصف ، فتقلص الفلقة العليا للرحم اكثر فاكثر ، ويتحول الجنين تدريجيا الى الفلقة السفلى للرحم الرقيقة الجدران . وترتفع أعلى فأعلى حلقة الانكماش (حد فاصل بين الفلقة السفلى والعليا) ، وتصل مستوى السرة وكثيرا ما تقع بصورة مائلة . وعند استمرار النشاط الولادى ، فان تمطى الفلقة السفلى للرحم ورفقتها يصل الى أقصى حد ويتم تمزقه ؛

وفى بداية القرن الحالى (١٩١١) تقدم العالم الروسى فيربوف بنظرية أخرى حول منشأ تمزق الرحم . وحسب نظريته فان الرحم السليم لا يتمزق ، فالتمزق يجرى على ضوء التغيرات المرضية فى جدار الرحم ، التى تسبب ضعف وفقص عضلات الرحم . ومن هذه التغيرات التى يمكن ان تؤدى الى تمزق الرحم هى الندبات بعد العمليات (العملية القيصرية ، بخص عقدة الورم العضلى للرحم وغيرها) ، اصابات الرحم عند الاجهاض ، وحالات التكنس والالتهاب التى حصلت قبل الحمل الحالى ، الطفالة وشلوذ الاعضاء التناسلية الأخرى ، التى تمتاز بضعف عضلات الرحم . ويعتقد فى الوقت الحاضر أن سبب تمزق الرحم يمكن ان يكون كذلك التغيرات المرضية فى جداره والعوامل الميكانيكية . ويسهل حدوث تمزق الرحم خاصة عند اتلاف الظواهر المذكورة ، أى عندما توجد فى حين واحد حالات مرضية فى الرحم وصعوبات ما لطرد الجنين .

ويحصل تمزق الرحم بالدرجة الأولى لدى النساء متكررات ومتعددت الولادة ، ونادرا ما يشاهد هذا الاختلاط لدى الشابات اللاتي يحملن لأول مرة .

غالبا ما يحدث تمزق الرحم فى دور الطرد ، حينما تظهر صعوبات أو عراقيل تحول دون تقدم الجنين عبر طرق الولادة . ويمكن ان يحدث التمزق ، عند وجود تغيرات مرضية فى جدار الرحم (ندبات ، حالات التنكس والالتهاب) فى دور الانفتاح ، وحتى فى اول بلمه الولادة . وتعرف حالات لتمزق الرحم أثناء الحمل تحدث بسبب تغيرات فى جدار الرحم : وتسبق ، تمزق الرحم ، عادة أعراض سريرية ، هى من صفات خطر وقوع تمزق أو تمزق قابل للحدوث . ان الصورة السريرية لخطر وقوع التمزق واضحة جدا عند وجود عرقلة ميكانيكية لطرد الجنين (ضيق الحوض ، الوضعيات والجيئات غير الصحيحة وغيرها) وأقل وضوحا عند وجود التغيرات المرضية فى جدار الرحم (الندبات وغيرها) .

وتتصف الصورة المرضية ، لخطر وقوع تمزق الرحم ، الذى يعود حدوثه الى عراقيل ميكانيكية لطرد الجنين ، بالأعراض التالية .

١- يكون النشاط الولادى شديدا جدا ، وتكتسب تقلصات الرحم أحيانا طبيعة التشنج ؛

٢- الفلقة السفلى للرحم ممتلئة للغاية ، رقيقة ، مؤلمة عند الجس .

٣- ترتفع حلقة الانكماش حاليا ، وتصل حتى السرة ، وتكون بصورة مائلة ؛

٤- الأربطة المدورة للرحم متوترة بشدة ومؤلمة ؛

٥- يظهر خبز أطراف المزدرد (من جراء الانحصار) الذى يتشر الى المهبل والمجان ،

٦- يصعب التبول نظرا لانحصار المثانة وقناة مجرى البول بين الرأس وعظام الحوض ؛

٧- تظهر افرازات مختلطة بالدم من المهبل ، تشير الى اصابة الأنسجة .

٨- الماخض متوترة الاعصاب ، قلقلة (تصرخ ، تتقلب فى القراش ، تتشبث ببطنها) ،

وتشكو من آلام شديدة .

ان الصورة السريرية لخطر وقوع تمزق الرحم على أساس التغيرات فى جدار الرحم ستختلف بأنها تخلو من النشاط الولادى العاصف . فالتقلصات كثيرة ، مؤلمة ، ولكنها ليست شديدة جدا . وتلاحظ كذلك بقية الأعراض (الامتطاء المفرط للفلقة السفلى وشدة الألم فيها ، تخرب العنق ، المهبل والاعضاء التناسلية الخارجية ، اختلال التبول وغيرها) ، الا انها يمكن ان تكون أقل وضوحا ، من التمزق وشيك الوقوع الذى يحدث نتيجة للاسباب الميكانيكية ؛

فاذا لم تقدم ، عند الصورة السريرية المذكورة ، المساعدة فلا بد من حدوث تمزق الرحم .

وتتصف الصورة السريرية للتمزق القائم للرحم بالأعراض الرئيسية التالية .

١- يحدث في لحظة التمزق ، ألم حاد للغاية في البطن .

٢- يتوقف النشاط الولادى بصورة تامة بعد التمزق حالا .

٣- سرعان ما تنشأ حالة شديدة ، تعود الى الصدمة وازدياد فقدان الدم . فيتشعب الجلد والأغشية المخاطية المرئية ، وتصبح ملامح الوجه حادة ، ويصبح النبض سريعا ودقيقا ، وينخفض الضغط الشريانى ، وكثيرا ما يلاحظ الغثيان والتقيؤ .

٤- يخرج الجنين ، عند تمزق الرحم ، بصورة كاملة أو جزئيا الى البطن . ولهذا تتعين عند الجس أجزاء الجنين بصورة واضحة للغاية تحت جدار البطن مباشرة ، فيبتعد الجزء المتقدم، المثبت في السابق، الى الأعلى ويصبح متحركا . ويمكن الى جانب الجنين لمس جسم الرحم المتقلص . ولا تسمع ضربات قلب الجنين .

٥- يكون النزف الدموى الخارجى عادة غير شديد جدا ، ويسيل الدم لدى التمزق فى جوف البطن . (يتكون عند التمزق الناقص ورم دموى فى النسيج الخللى للحوض) . ويمكن أن يحدث التمزق ، عند الحالات المرضية فى جدار الرحم ، بصورة تدريجية ، عن طريق اهتراء الأنسجة . ولهذا فقد يتعلم الأم الحاد المغاير ولا تنقطع التقلصات رأسا ، وانما بالتدرج . وتكون جميع أعراض التمزق الأخرى واضحة تماما .

ان الوقاية من تمزقات الرحم تتلخص فى التنظيم الصحيح للتوليد . وتسجيل جميع الحوامل ومراقبتهن بدقة فى العيادات الاستشارية فى الحين ، أهمية حاسمة . فيجرى فى العيادة اكتشاف وإدراج جميع الحوامل اللاتى يحتمل تمزق الرحم عندهن فى الولادة ، فى سجل خاص . ويتنسب الى هذه المجموعة الحوامل ذوات الاحواض الضيقة ، وضعية غير صحيحة للجنين ، الحمل الذى فات أوانه (جنين ضخم) ، النساء متعدّدات الولادة مع جدار رخوا مهتلل البطن ورحم مترهل ، واللاتى لديهن سوابق قبالية شديدة (ولادات مرضية ، اجهاضات مختلطة ، أمراض النفاس وبعد الاجهاض الالتهابية) ، واللاتى كانت معهن عملية قيصرية وعمليات أخرى على الرحم . ان جميع هؤلاء الحوامل يجرى ارسالهن قبل ٢-٣ أسابيع من الولادة الى دار التوليد ، ويجرى توليدهن باشراف طبيب .

وفرض وقاية دقيقة أثناء الولادة ، لكى لا تفوت أعراض خطر وقوع تمزق الرحم .

علاج خطر وقوع تمزق والتمزق القائم للرحم . من الضروري عند أعراض خطر وقوع تمزق للرحم : (١) إيقاف أو البعد من النشاط الولادى ، (٢) انهاء الولادة فورا وبالجراحة .

ولغرض قطع (الحل من) النشاط الولادى يجرى تخدير الماخض بالاثير .
تقوم القابلة التى تشتغل وحدها بحقن ١,٥ مليلتر من المورفين بتركيز ١٪ ودعوة الطبيب ،
محلدة عن امكانية حدوث تمزق الرحم . ويتم القيام بالتوليد باعتناء شديد ، تحت التخدير
العميق . فاذا كان الجنين حيا ولا توجد أعراض الاصابة بالعدوى ، يلجأ الى العملية القيصرية .
ويتم انهاء الولادة عندما يكون الجنين ميتا بعملية تفتيته . ويمنع عند وجود خطر تمزق الرحم ،
القيام بقلب الجنين واستعمال الملاقط القبلية ، فاجراء هذه العمليات وحتى محاولة القيام
بها تؤدي بلا محال الى تمزق الرحم .

ومن الضروري ، عند وقوع التمزق ، القيام فورا بفتح البطن . فيستخرج من جوف
البطن الجنين ، المشيمة والدم المسكوب ، ومن ثم يتم القيام ببنر الرحم أو استئصاله . ويقتصر
فى بعض الأحوال على رقت تمزق الرحم (كون المرأة شابة ، تمزق حديث ، انعدام العدوى) .
ويتم أثناء العملية وبعد انتهائها ، مكافحة الصلعة وفقدان الدم . فلهذا الغرض يجرى نقل
الدم ، حقن المحلول الفيزيولوجى تحت الجلد ، التدفئة ، تناول أدوية القلب .

نواسير النفاس

يمكن ان تنشأ ، عند الولادات المرضية ، النواسير البولية التناسلية والمستقيمية المهبلية .
فالنواسير البولية التناسلية عبارة عن الاتصالات غير طبيعية بين المثانة أو قناة مجرى البول
والمهبل ، وبصورة أقل بين المثانة وقناة عنق الرحم . فيقع البول فى أحوال كهله ، كليا
أو جزئيا فى المهبل ويسيل الى الخارج عبر الفرج . ويقع البراز عند النواسير المستقيمية
المهبلية ، فى المهبل . وتعتبر النواسير اختلاطا خطرا ، فهى تلحق بالمرأة معاناة شديدة .
تتكون النواسير من جراء الانضغاط الطويل للأنسجة اللينة لطرق الولادة والأعضاء المجاورة ،
بين جدران الحوض والجزء المتقدم (ضيق الحوض ، جيئات وتركبات الرأس غير الصحيحة ،
الجنين الضخم وغيرها) . فعند الانضغاط يتم اختلال دوران الدم ، ويعقبه موت وانسلاخ
الاجزاء الميتة . ويبدأ ، بعد انسلاخ الأقسام الميتة ، البول (أو البراز) بالنفوذ الى المهبل .
وهذا يحدث عادة فى اليوم ٧-٥ من الولادة .

ويمكن أن تنشأ النواسير نتيجة لجرح الأنسجة اللينة لطرق الولادة والأعضاء المجاورة
(المثانة أو المستقيم) بالأدوات ، المستعملة فى العمليات القبلية (عمليات تفتيت الجنين ،
الملاقط وغيرها) . وفى أحوال كهله يظهر الناسور مباشرة بعد التوليد .

وتنحصر الوقاية من التواسير فى الإدارة الصحيحة للولادة . فلا يجوز السماح لبقاء الرأس فى نفس مقطع الحوض لفترة طويلة بعد خروج المياه ، فإذا كان الرأس واقفا فى مدخل ، فى جوف او فى مخرج الحوض اكثر من ساعتين ، فيجب القيام بالفحص المهبلى ، والتأكد من التشخيص وحل مسألة التوليد . وينبغى متابعة حالة المثانة بصورة منتظمة . وعند تعوق البول يتم القيام بتنبيب المثانة باعتناء . ان وجود الدم فى البول (حتى الطفيف) يشير الى خطر حلول التواسير ويصلح أن يكون داعيا لانتهاء الولادة بطريقة جراحية .

يتم علاج التواسير جراحيا . وان التواسير غير الكبيرة فقط تنسد أحيانا ، عند العناية الصحيحة ، تلقائيا . وتنحصر العناية فى المحافظة على نظافة الاعضاء التناسلية ، دهن جلد الأعضاء التناسلية الخارجية والغشاء المخاطى للمهبل بدهن الفازلين أو بدهن آخر ، مستحلب الستريتينوسد أو السولفيدين (لكى لا تكون هناك اثاره) .

فبعد اكتشاف ناسور بولى يتم ادخال مسبر دائى فى قناة مجرى البول ، ويجرى بصورة منتظمة اخراجه وتقييمه بالغليان . وتعطى المرأة للوقاية الهيكساميتيلينيتيرامين . فإذا لم ينغلق التواسور تلقائيا ، يتم القيام بعد ٣ - ٤ أشهر من الولادة باجراء عملية جراحية .

انقلاب الرحم النفسائى

تقع طبقات الرحم عند انقلابه بشكل مقلوب : فيصبح الغشاء المخاطى طبقة خارجية ، أما الغطاء المصلى - فيكون داخليا (ينقلب الرحم كأصبع الكف) (شكل ٩٩) . فيتكون الانقلاب هكذا : يتم فى البداية تقعر قعر الرحم فى جوفه ، من ثم يصل القعر الى المزرد وأخيرا يقع الرحم المقلوب على بطانته فى المهبل أو حتى خارج اطار الفرج . ويتم انقلاب الرحم عند الظروف التالية : أ) يكون مزرد الرحم مفتوحا ، ب) جلدوان الرحم مرتخية (مثلا عند انخفاض توتر الرحم والوهن) ، ج) يجرى الضغط على قعر الرحم من أعلى (مثلا عصر المشيمة) أو السحب الى أسفل (مثلا الجر من الجبل السرى) . ومما يساعد بصورة خاصة على انقلاب الرحم هو اتلاف جلدوان الرحم مع عصر المشيمة بطريقة كرىدى - لازاروفج بدون تدليك قعر الرحم مسبقا ، والسحب من الجبل السرى الممنوع عند تقلص الرحم غير الكافى وانفتاح واسع للمزرد .



شكل ٩٩ . انقلاب الرحم

وتصحب انقلاب الرحم بعد الولادة عادة ، جملة من الأعراض الشديدة . فينشأ لدى المرأة ألم حاد في البطن وصلمة . يشعب الجلد والأغشية المخاطية ، يتسرع النبض ، وينخفض الضغط الشرياني ، ويظهر الغثيان ، والتقيؤ ، وحالة من الإغماء . ويبين من الفرج الرحم المقلوب أحمر اللون ، وينقلب الرحم أحيانا مع المشيمة التي لا تنفصل بعد . ويتم اكتشاف انخفاض قعبي الشكل ، عند القيام بالفحص في منطقة الرحم . ويمكن ان يكون انقلاب الرحم بعد الولادة سببا في موت المرأة .

العلاج . يجرى ارجاع الرحم باعتناء ،

تحت التخدير العميق ، عبر المزرد المفتوح بصورة واسعة . ويجرى قبل تعديل الرحم ، فصل المشيمة اذا كانت مثبتة في الرحم المقلوب . ويجرى بعد الارجاع حشو المهبل برباط من الشاش المعقم . وتتخذ الاجراءات اللازمة لمكافحة الصدمة وانتقال العدوى .

تفروق العظام العانية

يجرى أثناء الحمل تشرب مفاصل الحوض بصورة جدية خاصة المفصل العاني . ويكون لبن مفاصل الحوض لدى بعض النساء كبيرا . ففي أحوال كهذه فان الضغط الشديد على الحلقة العظمية للحوض ، الواقع من الرأس المولود ، يمكن أن يسبب تفروق العظام العانية . ويلاحظ تفروق العظام العانية عند ضيق الحوض ، الجنين الضخم والتوليد الجراحي . ويصحب تفروق العظام العانية أحيانا انسكاب الدم وتأذية قناة مجرى البول ، المثانة والبطر .

وعند الولادة الصعبة ، خاصة الجراحية ، قد يتعرض المفصل المعجزى - الحرقلى الى الأذى . وتشكو النساء عند تفروق العظام العانية من الألم في منطقة الارتفاق ، خاصة عند تحرك الساقين . ويزداد الألم عند فرج الساقين المثنيتين في مفصل الركبة والمخذ . وتتحدد عند الجسم حفرة بين نهايات العظام العانية . ويجرى التأكد من التشخيص عند الحاجة بالتصوير بالأشعة .

العلاج . التزام الهدوء في السرير ، وربط منطقة الحوض بشلة . الهدوء مدة ٣ - ٥ أسابيع (أحيانا أكثر) . ويلاحظ عند بعض النساء في الايام الاولى بعض الاختلال في المشي (« مشية البطة ») ، الذى يزول عادة فيما بعد .

الباب الثاني عشر

أمراض النفاس

أسباب نشوء أمراض النفاس التسممية

تتكون أمراض النفاس التسممية نتيجة لتسرب الميكروبات عبر السطوح المجروحة ، التي تتكون أثناء الولادة .

ان المكورات العنقودية والعقدية تعد من اكثر العوامل المسببة لأمراض النفاس التسممية ، وتليها بصورة أندر العصبية المعوية ، ميكروب الفانغرينا الغازية والميكروبات الأخرى . وفي الغالب فان أمراض النفاس التسممية يسببها نوع واحد من الميكروبات (عدوى أحادية الميكروب) ، وأحيانا أنواع مختلفة من الميكروبات (عدوى متعددة الميكروب) .

ان الميكروبات تكون دائما في جسم الانسان (سيما على الجلد ، والأغشية المخاطية المفتوحة وغيرها) ، غير أنها لا تسبب في الظروف الاعتيادية حالات مرضية .

ويمكن أن يحدث المرض ، عند اختراق الميكروبات للجسم عن طريق الجروح النافذة . ويصلح ، السطح الداخلي للرحم بعد انفصال المشيمة ، والقطع الجزئي ، والشقوق والخدوش ، التي تتكون في عنق الرحم ، في المهبل ، وفي العجان حتى عند الولادة ، تصلح أن تكون منافذ للميكروبات .

وتتكون ، عند الولادات المرضية (خاصة الجراحية) جروح أوسع وأعمق ، مما يساعد على ازدياد خطر نفوذ الميكروبات المسببة للعدوى التسممية .

تنتقل الميكروبات المرضية الى السطح الجريح من الوسط الخارجى (العدوى الخارجية) أو تقع على الجرح ميكروبات كانت تقيم في جسم المرأة قبل تكون المنافذ (العدوى الداخلية) .

وتحمل الميكروبات عند العدوى الخارجية بالأيدي غير المعقمة ، الادوية ، لوازم العناية ، البياضات والحاجيات الأخرى التي تكون على احتكاك بطرق الولادة ، وتشكل العدوى الرذاذية خطرا كبيرا . وتنفذ الميكروبات ، عند العدوى الداخلية ، الى الجرح من المهبل ،

الأعضاء التناسلية الخارجية ، وكلما يلاحظ بالطريق الانبثائي من المراكز البعيدة للعدوى (مثلا ، من المزدرد) .

ان الميكروبات التى تقع على السطح المجروح كثيرا ما تسبب العدوى التسممية ولكن ليس دائما. وتتوقف العواقب المختلفة من وقوع الميكروبات على الجروح على مقاومة الجسم وقواه الدفاعية .

فعند وجود مقاومة جيدة فى الجسم يتعلم نمو العدوى التسممية ، وعند هبوط القوى الدفاعية للجسم فان الميكروبات النافذة الى الجرح ، تسبب أمراض النفاس . وقد أقر بأنه كلما كانت مقاومة الجسم أقل ، كلما كان سير عدوى النفاس التسممية أشد .

وهكذا فان أمراض النفاس التسممية تنمو نتيجة التفاعل بين الميكروبات وجسم النساء ، وفى هذه الحالة فان حدوث الأمراض وسيرها يتوقف بدرجة كبيرة على حالة جسم النساء . وبما يسهل أمر نشوء أمراض النفاس ، هو خروج المياه قبل الأوان ، والولادة المطولة ، وفقدان الدم فى الولادة ، والتوليد الجراحى ، والولادة المرفوقة بتمزقات وهروس الأنسجة اللينة ، والانهاك العام لجسم النساء وضعفه بسبب الأمراض السابقة ، والتسممات ، والتغذية غير الصحيحة. وتتصف بداية أمراض النفاس بنشوء التهاب فى منطقة السطح المجروح (المنافذ) ، هناك حيث وقعت الميكروبات الممرضة .

ان المراكز الأولية للعدوى التناسلية هى السطح الداخلى للرحم ، وكذلك الخلدوش والتمزقات فى منطقة العنق ، المهبل والعجان (التهاب الرحم وبطائنه النفاسى ، قرح النفاس) .

ويتم عند وجود مقاومة جيدة فى الجسم وعلاج صحيح للتام السطح المجروح المتلوث ويتوقف المرض . وعند ضعف القوى المدافعة عن الجسم ووجود فوعة عالية لدى الميكروبات ، تنتشر الأنصرة الى خارج اطار المركز الأولى . ويمكن ان يتم انتشار الميكروبات بواسطة الاوعية اللمفاوية (الطريق اللمفاوى) ، الأوعية الدموية (طريق الدم) ، أو بواسطة بوقى الرحم (طريق البوق) وربما يتم انتشار الميكروبات بواسطة الاوعية اللمفاوية والدموية فى آن واحد ،

وتصيب الميكروبات المنتشرة الطبقات العميقة لمضيلات الرحم ، التسبيج الخلالي حول الرحم ، برتون الحوض، أوردة الرحم ، الحوض والفخذ . وتحمل الميكروبات ، عند ضعف مقاومة الجسم (أو ارتفاع فوعة الميكروبات المثيرة) الى جميع أنحاء الجسم ، وتنشأ أمراض تسممية عامة .

تصنيف أمراض النفاس

لقد أهد الأطباء السوفييت تصنيفا لأمراض النفاس التسممية . ويستند هذا التصنيف الى أن الأشكال المختلفة لأمراض النفاس ينظر اليها كمراحل متفردة لعملية النهائية متطورة واحدة (تسممية) .

المرحلة الأولى - ان العدوى التسممية محصورة في منطقة الجرح الولادى : التهاب جسم الرحم وبطانته النفاسى ، قرحة النفاس (على العنق ، المهبل أو العجان) .

المرحلة الثانية - تخرج العدوى من اطار المركز الأولى ، لكنها تبقى موضعية : التهاب الرحم ، التهاب أوردة الرحم التجلطى ، التهاب جنيب الرحم ، التهاب أوردة الحوض التجلطى والالتهاب التجلطى لوريد الفخذ المحلود ، التهاب البوق الرحمى والمبيض ، التهاب بريتون الحوض ؟

المرحلة الثالثة - التهاب البريتون القافص (المتش) ، التهاب الاوردة التجلطى المتقدم .

المرحلة الرابعة - عدوى عامة (أمراض تسممية عامة) : التسمم الدموى الجرثومى

وتعفن الدم وتقيحه .

ان أمراض النفاس التسممية التى تنتسب الى المراحل المختلفة من انتشار العدوى تجرى بصورة مختلفة . فهى تختلف بدرجة الشدة فى الصورة السريرية والنتائج . الا أنه عند وجود اختلافات جوهرية فى الصورة السريرية للأشكال المختلفة للأمراض التسممية ، تلاحظ الصفات العامة التالية :

١ . ارتفاع الحرارة . تكون الحرارة ، عند سير المرض بصورة خفيفة (التهاب جسم الرحم وبطانته) ، عالية وتهبط بسرعة الى الحد الطبيعى ، اما عند السير الشديد (التسمم الدموى الجرثومى) - فتكون ثابتة على درجات عالية .

٢ . تسرع النبض . يتفق تسرع النبض عند الأمراض الموضعية غير الشديدة وارتفاع الحرارة ، ويصبح النبض عند الأمراض التسممية العامة ، سريعا جدا (١٠٠ ضربة فى الدقيقة وأكثر) ، فهو لا يتفق والحرارة (أكثر مما يكون متوقعا عند الارتفاع الحالى للحرارة) . ان تسرع النبض وعدم توافقه مع الحرارة هو صفة مميزة للغاية للأمراض النفاسية التسممية الشديدة .

٣ . القشعريرة . وكفاعلة فإن القشعريرة ترافق التسمم الدموى الجرثومى وتعفن الدم وتقيحه .

فهي تكون شديدة أحيانا ، وتنتهي بعرق غزير ، وتكرر خلال اليوم . وتلاحظ عند بعض الأمراض قشعريرة غير عتيقة أو حتى قشعريرة خفيفة . وتقطع ، في نهاية المرض ، القشعريرة .

ان ظهور قشعريرة جديدة يعنى نشوء مركز جديد للعدوى في الجسم . ويومز ارتفاع الحرارة ، وتسرع النبض والقشعريرة أحيانا إلى الملاريا ، الانفلونزا ، التيفويد والأمراض الأخرى ويوصف العلاج غير الصحيح . وعلى القابلة أن تتذكر أن هذه الأعراض هي نموذجية للأمراض التنفسية التسممية . ولهذا فعند ارتفاع الحرارة وتسرع النبض والقشعريرة لدى النفاث يتبغى قبل كل شيء افتراض وجود العدوى التسممية ؟

٤- تغيرات من ناحية الجهاز العصبي . فعند التهاب جسم الرحم وبطانته ونشوء القرع التنفسية ، تكون التغيرات طفيفة (انحلال ، ألم غير شديد في الرأس) ، أما الأمراض الشديدة فيلاحظ عندها تدهور المزاج ، ألم الرأس ، الأرق أو النعاس ، وحتى حالة الهذيان .

٥- وتنشأ بقدر تصاعد عملية العدوى التسممية تغيرات في نشاط القلب ، أعضاء إنتاج الدم ، التنفس ، الهضم ، الكلى وغيرها ويختل التمثيل .

٦- ينخفض عند الأمراض التسممية الشديدة وزن الجسم ويصبح الجلد بلون رمادي شاحب وأحيانا بمسحة صفراء ، ويظهر على الجلد انسكابات للدم (الطفح) .

٧- تتغير صورة الدم عند الأمراض التسممية : فيقل عدد الكريات الحمر والهيموغلوبين ، ويرتفع عدد الكريات البيض (ويمكن ان يقل عدد الخلايا البيض عند الحالة الشديدة جدا) ، ويزداد بسرعة ترسب الكريات الحمر ؟

فكلما كان المرض أشد ، كلما كان تغير الصورة المورفولوجية (الشكلية) للدم أقوى ؛ ويمكن ملاحظة الميكروبات ، عند الأمراض التسممية العامة في الدم :

فيمكن ، في حالات كهذه ، القيام بزرع الدم في وسط غذائي اصطناعي ومعرقه طيبة الميكروبات التي سببت هذا المرض التسممي .

يؤخذ الدم للزرع من وريد المرفق (٥ - ٧ ميلترات) عند اتباع قواعد التطهير بصرامة ، فتسكب وجبة الدم الحاصل في أنبوبة تحتوي على وسط غذائي معقم . ومن الأفضل أخذ الدم أثناء القشعريرة .

ويرسل الدم للاختبار في المختبر .

الأمراض التى تنتسب الى المرحلة الأولى من انتشار العدوى

التسممية

قرحة النفاس

وتنتسب الى قرحة النفاس (ulcus puerperale) المجروح الملتئبة القيحية ، المتكونة فى منطقة تمزقات وشقوق العجان ، جدار المهبل ، عنق الرحم ، فالسطح المجروح يكون مغطى بطلاء قيحي ، وتكون الانسجة المحيطة محمرة ومختزبة . ويظهر المرض عادة فى اليوم ٣-٤ بعد الولادة . فترفع الحرارة ، ويسرع النبض ، وينشأ الانحلال ، وأحيانا ألم غير شديد فى الرأس . وتشكو المرأة عادة من حرقة فى منطقة الاعضاء التناسلية الخارجية . وتنخفض ، بعد ٤-٥ أيام ، الحرارة ، وتحسن حالتها ، ويتنظف الجرح من الطلاء ويلتئم تدريجيا بالمقصد الثانى . وتنفلد المكروبات ، عند وجود ظروف غير ملائمة ، من القرحة الى أصباق الأنسجة ويتم انتشار العدوى .

الملاج . ملازمة الفراش ، التنظيف باعتناء ، يجرى وضع مناشف من الشاش المشبع بالمستحلب الحاوى على السيتوستامين على جرح العجان . ويستخدم طباب الدم الداتى . ويوضع فى الأيام الاولى على العجان كيس من الثلج . ويخصص ٥-١ غرام من السولفات كل ٤ ساعات ٥-٦ مرات فى اليوم ، البنسلين مع الستريبتومايسين .

التهاب جسم الرحم وبطانته

التهاب جسم الرحم وبطانته النفاسى (metroendometritis) - هو التهاب السطح الداخلى للرحم : الطبقة القاعدية لبطانة الرحم ، قصاصات النشاء الساقط وطبقة الألياف العضلية المتاخمة له . وتظهر أعراض المرض السريرية فى اليوم ٣-٤ بعد الولادة . فترفع الحرارة ، ويسرع النبض (وقفا للحرارة) ، وتقل الشهية ، ويسوء النوم . وقد تصحب بداية المرض قشعريرة خفيفة .

فالرحم حساس عند الجس ، تتباطأ عملية تطوره المعكوس (أوب جزئى) ، وتصبح الهلابة عكرة ، دموية قيحية . وللهلابة أحيانا رائحة كريهة .

ويلاحظ أحيانا عند التهاب جسم الرحم وبطانته نفوق الهلابة فى الرحم (احتباس الهلابة فى الرحم) جراء انحناؤ الرحم أو انسداد قناة العنق بخثرة من الدم ، بجزيئات الأغشية .

ويصحب احتباس الهالة في الرحم ارتفاع جديد للحرارة وتدهور الحالة الصحية ، وتظهر الآلام على شكل منحنى أسفل البطن .

ويمكن أن يسير التهاب جسم الرحم وبطانته بصورة خفيفة مع حرارة خفيفة . ويصبح التهاب جسم الرحم وبطانته ، عند سيره بصورة غير مرضية ، مركز لنشر العدوى التسممية .
العلاج . ملازمة الفراش ، وضع كيس من الثلج على البطن ، طباب الدم اللدائي ، ١٠ مليليترات من محلول كلوريد الكالسيوم المركز نسبة ١٠٪ بعد كل ١-٢ يومين في الوريد ، أو ١ ملعقة طعام واحدة من المحلول المركز بنسبة ١٠٪ ٣-٤ مرات في اليوم عن طريق الفم ، ١٠٠٠-١٠٠٠٠ غرام من السلفات كل ٤ ساعات ٥-٦ مرات في اليوم ، ٥٠٠٠-١٠٠٠٠ وحدة قياسية من البنسلين كل ٣-٤ ساعات .

ويوجد التهاب جسم الرحم وبطانته النفاسي ليس اتسمي فقط ، بل والسيلاني المنشأ . وتنفلد مكورات السيلان ، لدى النساء المصابات بالالتهاب السيلاني للغشاء المخاطي لقناة العنق ، الى باطن الرحم مسببة التهاب جسم الرحم وبطانته . وتستطيع مكورات السيلان أن تنفلد فيما بعد الى الأبواق مسببة التهاب الأبواق ، المبيضين وبريتون الحوض .

يظهر التهاب جسم الرحم وبطانته السيلاني في اليوم ٦-٨ بعد الولادة بالأعراض التالية : ارتفاع الحرارة ، تعوق تطور الرحم العكسي وظهور الآلام فيه ، افرازات قيحية أو مخاطية قيحية . ويجرى التأكد من التشخيص عن طريق الفحص المجهرى لافرازات الرحم . ويستعمل ، عند التهاب جسم الرحم وبطانته السيلاني بنجاح البنسلين بمقدار ٥٠٠٠٠-١٠٠٠٠٠ وحدة قياسية بعد كل ٣-٤ ساعات وأدوية السلفات .

ان العناية بالمصابات بالسيلان يجب أن تنظم بحيث تستبعد امكانية انتقال العدوى الى الطفل والنفساوات الأخريات . فيجب عدم تنظيف غرفتهن إلا بعد أن تنظف بقية الغرف ، كما يراعى أن تستعمل النساء القصرية الخاصة بها ، وأن تغسل يديها بصورة جيدة قبل ارضاع الطفل .

أمراض المرحلة الثانية من انتشار عدوى التسمم

التهاب الرحم (metritis)

خلافا لالتهاب جسم الرحم وبطانته ، عند التهاب الرحم تصاب الطبقات العميقة لمعضلات الرحم . فتنفلد الميكروبات عبر الطرق الدموية والمفاوية من بطانة الرحم المصابة ،

ويظهر المرض فى اليوم ٤-٧ بعد الولادة ويستمر ٣-٤ أسابيع. فتلاحظ فى بداية المرض التشريعية ، وترتفع درجة الحرارة الى ٣٩-٤٠° ، وهى تنخفض فيما بعد . وتدهور الحالة الصحية العامة ، النوم ، الشهية ، وتشكو المرأة من الألم فى الرأس . فيتأخر تطور الرحم المكس ، ويلاحظ ظهور الألم فى الرحم عند جسده ، سيما فى الجوانب (فى أثر الأوعية) . والتهابة تكون مهلية-قيحية أو مصلية-قيحية .

التهاب جنيب الرحم

التهاب جنيب الرحم (parametritis) - هو التهاب النسيج الخلوى قرب الرحم . تنتقل العدوى الى النسيج الخلوى عادة عبر تمزقات عنق الرحم والمهبل . والتهاب جنيب الرحم يكون فى معظم الأحوال من جهة واحدة ، ولما يكون من الجهتين . ويتنشر الالتهاب ، عند سير المرض بصورة سيئة ، الى جميع أنحاء النسيج الخلوى للحوض الصغير . فيتكون فى النسيج الخلوى الملتهب فى البداية انصباب مصلى ، ومن ثم يتجمع الفيبرين ويتكشف النضج . ويجرى فيما بعد زوال النضج أو تقيحه .

يبدأ التهاب جنيب الرحم فى اليوم ١٠-١٢ بعد الولادة بقشعريرة وارتفاع الحرارة الى ٣٩-٤٠° ، فيتسرع النبض ، او تظهر آلام أسفل البطن ، ويظهر عند انتشار الالتهاب باتجاه المثانة والمستقيم خلل فى وظيفة هذه الاعضاء (تبول مؤلم وكثير ، الألم عند التبرز ، الامساك) . ويتعين عند الفحص المهبلى جنب الرحم رشح (فى البداية - لين ، ومرصوص - فيما بعد) . يصل الجدار الجانبى للحوض ، فيتحول الرحم الى الجانب المقابل للرشح . ان سير التهاب جنيب الرحم مختلف . فتنخفض الحرارة عادة تدريجيا ويتم زوال الرشح . ولما يشاهد التقيح المصحوب بالقشعريرة ، الحرارة العالية من النوع الهاجع ، تنهور الحالة الصحية العامة . فاذا لم يجر فتح الخراج ، يمكن أن ينفث تلقائيا (فى المهبل ، فوق الرباط الأربى أو تحته ، فى المثانة الخ) .

التهاب البوق والمبيض (التهاب ملحقات الرحم)

ان التهاب ملحقات الرحم (المبيضين والبوقين) (salpingoophoritis, adnexitis) يعود الى العدوى التسممية أو القيحية . يبدأ المرض فى اليوم ١٠-١٤ بعد الولادة . الأعراض : ارتفاع الحرارة ، سوء الحالة الصحية العامة ، قلة الشهية ، آلام شديدة أسفل البطن ،

اختلال التبول ، الألم عند التبرز ، امساك . يكون البطن فى الأيام الأولى من المرض متوترا ، شديد الألم عند الجس ، ويمكن أن يكون عرض شوتكين - بلومبيرغ موجبا .
وعند الفحص باليد ينظر الألم ويحس ازدياد حجم الملحقات ، التى تكون حركتها محدودة من جراء تكون الالتصاقات مع الأعضاء المجاورة . ان سير المرض مختلف : فمن الممكن الشفاء السريع ، او التحول الى الشكل المزمن ، وتكون الخراجات فى البوق أو فى المبيض .

التهاب بریتون الحوض

التهاب بریتون الحوض (pelveoperitonitis) - هو التهاب بریتون الحوض الصغير . وينشأ التهاب بریتون الحوض التماسى نتيجة لانتقال العدوى التسممية أو السيلانية . وبالنظر لالتهاب بریتون الحوض ، يتكون فى تجويف الحوض الصغير فى البداية انصباب مصل - فيبرينى ، الذى يمكن ان يتقيح فيما بعد . ان الطبيعة الفيبرينية للانصباب تساعد على تكون الالتصاقات بين أعضاء الحوض الصغير ، الامعاء والثرث . فتتكون نتيجة للالتصاق كتلة ، يصعب تحليد الرحم والأعضاء الأخرى فيها .

يبدأ المرض فى اليوم ١٥ - ٢٥ بعد الولادة . فتلاحظ قشعريرة ، وحرارة عالية (٣٩ - ٤٠°) ، وآلام شديدة أسفل البطن ، وفى الأيام الأولى من المرض يلاحظ الغثيان ، التقيؤ وتوتر عضلات البطن ، وإيجابية عرض شوتكين - بلومبيرغ واختلال الحالة الصحية العامة والنوم ، وتسرع النبض ، وجفاف اللسان وايضا ضمه .

ان هذه الظواهر العاصفة ، سرعان ما تخفضت ، عند العلاج الصحيح ، ويحدد الرشيم فى الحوض الصغير ويتعرض الى الزوال بصورة تلقائية . وتبقى الالتصاقات ، فيما بعد ، بين أعضاء الحوض الصغير . ويلاحظ عند التهاب بریتون الحوض أحيانا ، تقيح الانصباب ، فاذا لم يتم فتح المخرج ، يجرى اختراقه تلقائيا (فى المهبل ، فى المثانة الخ) ، من الممكن انتشار عملية الالتهاب ونشوء التهاب البریتون المنتشر .

ويستند علاج التهاب الرحم ، والتهاب جنيب الرحم ، والتهاب البوق والمبيض ، والتهاب بریتون الحوض الى المبادئ العامة التالية :

١ . ملازمة الفراش بصورة صارمة . فالهدوء يساعد على عزل عملية الالتهاب رتقضاء العاجل عليها . فينبغى ، عند التهاب بریتون الحوض ايجاد وضعية مرتفعة للقسم العلوى من

الجلدع (رفع النهاية الرأسية للسريـر) . ويتم القيام بالقمص المهبلى بقلـد الحاجة فقط : ومن الضروري الهلـو النفسى .

٢ . وللعناية الدقـيقة (المحافظة على نظافة الجلد ، تبدل البياضات بكثرة ، وتهوى الردعة وغيرها) والتغذية الصـحيحة (طعام لذيذ ومغذى ، وفيتامينات) أهمية عظمى . وتنظم العناية والتغذية حسب القواعد المتبعة مع المصابين بأمراض التسمم العام .

٣ . يستخدم ، فى المرحلة الحادة من الأمراض المذكورة ، كيس من الثلج على أسفل البطن ، وتحاميل مزيلة للآلم .

٤ . يخصص العلاج المضاد للالتهاب : ١٠ مليلترات من كلوريد الكالسيوم بتركيز

١٠ ٪ بعد كل يوم—يومين فى الوريد أو ملعقة طعام واحدة من نفس المحلول ٣—٤ مرات فى اليوم داخلـيا، ١ ملعقة طعام من الأميدوبيرين بتركيز ٢ ٪ ٣—٤ مرات فى اليوم.

٥ . يجرى استعمال البنسلين مع الستريبتومايسين والمضادات الحيوية الأخرى .

ويحقن البنسلين فى محلول النوفاكاتين (محلول ٠,٢٥—٠,٥ ٪) . وتتوقف جرعة المضادات

الحوية على الصورة السريـرية وحساسية الميكروب—المثير ويحقن ٦٠٠٠٠٠—٨٠٠٠٠٠

وحدة قياسية فى اليوم عادة . ويتم بنجاح استعمال أدوية السولفات (السولفاديميـزين ،

الـايتازول وغيرها) ، التى لها خاصية مضادة للالتهاب والبكتريا . وتوصف السولفات فى

اليومين الأولين بمقدار ١ غرام كل ٤ ساعات ، و ٠,٥ غرام كل ٤—٦ ساعات فى

٢—٤ أيام التى تليها .

٦ . يجرى حقن الجلوكوز فى الوريد . وينصح فى المرحلة دون الحادة بطباب الدم

اللـبائى أو إعادة نقل كميات غير كبيرة من الدم .

٧ . يجرى عند قبح الرشع فى النسج الخلـالى لجنبـب الرحم وفى بريتون الحوض ،

نستخدم العلاج الجراحى . فيفتح الخراج عبر القبة الخلفية للمهبـل (شق المهبـل) أو عبر

جدا البطن (عند التهاب جنبـب الرحم) تبعا للمخلـل الأفضل .

التهاب الأوردة التجلطى

التهاب الأوردة التجلطى (trombophlebitis puerperalis) — هو التهاب جدار الوريد الذى يعقبه تكون الجلطة ، التى تغلق مجرى الوريد وبذلك يتم اختلال دوران الدم . فيلاحظ

التهاب الاوردة التجلطى لاوردة الرحم ، الحوض والفخذ . فالالتهاب التجلطى لاوردة الرحم (التهاب أوردة الرحم التجلطى) يحدث نتيجة لالتهاب جسم الرحم وبطانته . وتذكر الاعراض العامة بصورة التهاب الرحم . ومن مميزاته ، تأخر التطور العكسى للرحم وافرازات دموية طويلة . ويتنشر الالتهاب ، عند الظروف السيئة ، الى أوردة الحوض ، التى تلمس عند الفحص المهبلى على شكل رسنات ملفوفة مؤلمة . ويحدث عند الانتشار اللاحق للالتهاب جلط الاوردة الحرقفية ، ومن ثم اوردة الفخذ . ويحدث مرض نفاسى شديد - هو التهاب لاوردة التجلطى لاوردة الفخذ .

ان التهاب الاوردة التجلطى لأوردة الفخذ (thrombophlebitis venae femoralis) يظهر سريريا فى الاسبوع ٢-٣ بعد الولادة . كثيرا ما تلاحظ فى بداية المرض القشعريرة ، تبقى الحرارة على مستوى عال ، والنبض سريع ، تشكو المريضة من ألم فى الرجل ، وكثيرا ما يظهر ألم فى الرأس ، الارق والشكاوى الأخرى . يظهر الالتهاب التجلطى لاوردة الفخذ موضعيا : استواء المنطقة الاربية ، وجود كثافة ألم فى موضع الوريد (السطح الأمامى - الداخلى للفخذ أسفل رباط « بوبارت ») ، خبز



شكل ١٠٠ . التهاب وريد الفخذ الأيسر التجلطى

الارجل (شكل ١٠٠) . وكثيرا ما يبلغ الخبز حجما كبيرا جدا . وتبقى الحرارة العالية خلال ٢-٣ أسابيع ، والخبز خلال شهر او شهرين . وتشعر المرأة فى دور الشفاء بتسلل القشعريرة فى الرجل المصابة .

ويجرى علاج التهاب الاوردة التجلطى حسب القواعد العامة المتبعة فى علاج التسمم الدموى الجرثومى وتعتن الدم وتقيحه ، لكن مع ملاحظة بعض الخصائص . ١ . من الضروري الهدوء التام ، فهو يساعد على تنظيم الجلطة ويحول دون احتمال

الانسداد (اقتطاع جزئية من الجلطة وانغلاق وعاء عضو حيوى هام بها) . ويتم عند الالتهاب التجلطى لاوردة الفخذ ، ايجاد وضعية عالية للطرف المصاب (توضع تحتها وسادة أو جبيرة) .

٢ . لا يتم استعمال ثقل الدم الى وريد الرجل المصابة والحقن .

٣ . يوضع على اسفل البطن كيس من الثلج .

٤ . يجرى استعمال العلق الطبى لغرض التقليل من ظواهر الالتهاب وخفض تخثر الدم . ويوضع العلق على مسار الوريد المصاب (يفسل الجلد مقدما ، يمسح ويدهن بمحلول السكر) ٥-٧ وحدات ، تسقط تلقائيا بعد أن تمتص الواحدة ١٠-١٢ مليوناً من الدم ومن المفضل اعطاء مضادات التخثر .

٥ . عندما يبدأ الالتهاب بالخفوت يوضع على طول الرجل ضماد مع مرهم فيشنفسكى ويجرى ابدالها بعد ٧-٨ ايام .

٦ . العلاج بالادوية هو نفسه كما فى الأمراض التسممية العامة . ويفضل وصف الستريبتومايسين والبيومايسين من المضادات الحيوية .

٧ . يسمح للمريضة بالحركة النشيطة عند وجود حرارة طبيعية خلال ٣ أسابيع وانخفاض حركة ترسب الكريات الحمر حتى ٣٠ مم فى الساعة وأقل .

أمراض المرحلة الثالثة من انتشار العدوى النفاسية

ينتسب الى هذه المجموعة التهاب البريتون الحاد المنتشر والتهاب الاوردة التجلطى المتقدم .

التهاب البريتون الحاد المنتشر

ينشأ التهاب البريتون الحاد المنتشر فى اليوم ٣-٨ بعد الولادة . ويتصف المرض بصورة سريرية شديدة : غثيان ، قيؤ ، انتفاخ البطن (يمكن ان يتعلم عرض «شوتكين - بلومبيرغ») ، ارتفاع الحرارة (عند وجود سير شديد جدا لا ترتفع الحرارة) ، نبض سريع وضعيف ، انخفاض الضغط الشريانى ، جفاف اللسان ، حدة ملايح الوجه ، وفى الحالات الشديدة هذيان .

التهاب الأوردة التجلطى المنتشر

يتصف لتهاب الأوردة التجلطى المنتشر بأن الالتهاب الذى يصيب جدار الأوردة وعملية تكون الجلطة لا ينحصر فى منطقة ما وإنما ينتشر على امتداد الأوردة . وكثيرا ما تلى الجلطة المتكونة وتنقيح ، فتتبع اجزائها المتلوثة فى الدورة الدموية ، وتنقل الى جميع أنحاء الجسم ، فتترسب فى الأعضاء والأنسجة مكونة فى هذه الأماكن مراكز جديدة لميكروبات التسمم ، وتختلف الخراجات فى الوريد أحيانا بالاجربة ، ولا يتم انتشار الميكروبات الى جميع أنحاء الجسم .
ان طرق علاج التهاب اليرتون الحاد المنتشر والتهاب الأوردة التجلطى المنتشر هى نفسها عند الاصابة بالعدوى التسممية العامة (عمومية) .

أمراض المرحلة الرابعة من انتشار العدوى التسممية (عدوى تسممية عمومية)

ينتسب الى العدوى التسممية العمومية التسمم الدموى الجرثومى وتغفن الدم وتقيحه .

التسمم الدموى الجرثومى

التسمم الدموى الجرثومى — مرض تسمى عام شديد ، يتصف بأن الميكروبات الواقعة فى الدم ، تتكاثر فيه وتنقل الى جميع أنحاء الجسم ، وان مسموم الميكروبات تسبب تسمم الجسم . وتنشأ فى القلب ، الأوعية ، الكبد ، الكليتين والأعضاء الأخرى ظواهر سلبية بارزة بشدة .

يبدأ المرض فى اليوم ٢-٣ بعد الولادة بقشعريرة ، وارتفاع درجة الحرارة الى ٤٠-٤١° ، وتدهور شديد فى الحالة العامة . فالمريضة خاملة ، نعسى ، تشكو من الألم فى الرأس ، ويلاحظ أحيانا التهيج والهذيان . النبض ضعيف متسرع (١٢٠-١٣٠ ضربة فى الدقيقة) ، اللسان جاف ، مغطى بالبياض ، الجلد جاف بصيغة رمادية أو صفراء ،

وكثيرا ما تظهر عليه انسكابات للدم دقيقة ، وحيانا ضخمة (طفح) . وغالبا ما يلاحظ الاسهال . وكثيرا ما يحدث ازرقاق الأطراف الذى يعود الى ضعف نشاط القلب . ويتسنى ، عند زرع الدم ، اكتشاف مسبب التسمم الدموى الجرثومى . ويموت المرضى فى كثير من الحالات حتى عند العلاج بالطرق الحديثة .

تعفن الدم وتقيحه

تلخل الميكروبات ، عند تعفن الدم وتقيحه ، بصورة دورية الى الدم (من المراكز الموجودة للعدوى التسممية) وتكون فى المراكز المختلفة والأنسجة مراكز جديدة للعدوى (انبثاقية) ، والتي تتعرض عادة للتقيح .

وكثيرا ما يكون المركز الرئيسى لانتشار العدوى هو التهاب الاوردة التجلطى المتقيح . ومن هنا تنسلخ جزيئات الجلطة المتلونة وتحمل الى الجسم . وتتكون المنقولات التقيحية فيما بعد فى القلب ، الرئتين ، النسيج الخلوى^١ (الفلغمونات ، الخراجات) وفى الأعضاء والأنسجة الأخرى .

وبين الصورة السريرية لتعفن الدم وتقيحه ، والتسمم الدموى الجرثومى كثيرا من التشابه (الحالة الخطرة ، الحرارة العالية ، القشعريرة ، النبض المتسرع وغيرها) . الا انه توجد هناك بعض الخصائص ، التى تعود الى انه عند تعفن الدم وتقيحه تتكون انتقالات فى الأعضاء المختلفة . وبما لذلك تنضم علامات اصابة هذا العضو او ذاك (الرئة ، القلب وغيرها) الى الأعراض النموذجية للعدوى التسممية العمومية . ويصحب ارتداد مركز العدوى للبحث بعض التحسن فى الحالة العامة ، انقطاع القشعريرة وانخفاض الحرارة .

وتظهر مرة أخرى عند حدوث مركز باث جديد ، القشعريرة وترتفع الحرارة ، وتسوء الحالة العامة وتظهر أعراض اضافية متعلقة باصابة هذا العضو او ذاك .

علاج التسمم الدموى الجرثومى وتعفن الدم وتقيحه . المهام الأساسية فى العلاج :

أ) العمل على رفع مقاومة جسم المريض ، ب) التأثير على العامل المسبب (اضعافه ، إيقاف نموه) . وينحصر العلاج فى ما يلى :

١ . للعناية الدقيقة بالمرضى أهمية عظيمة . فالعناية الصحيحة تساعد على رفع مقاومته الجسم وتحدد نجاح كل العلاج .

فمن الضروري تهوية الردهة بصورة منتظمة ، والمحافظة على نظافتها . وتغيير بياضات الفراش والجسم بكثرة ، سيما عند التعرق الغزير ، ويتم تبديل الحضائن الداخلية بقلد التوسخ . ويجب ان تكون الحضائن الداخلية جافة ، ومستوية بصورة جيدة (بدون ثنأيا) . وللعناية بتجفيف اللقم والجلد أهمية كبيرة . فمن الضروري غرفة اللقم وتنظيفه صباحا ، نهارا بعد تناول الطعام وليلا .

ويمسح اللقم بقطنة مبللة بمحلول حامض البوريك الخفيف أو بالبورق مع الغليسرين (Boracic, glycerini āā 15.0) ويمسح الجلد يوميا بمحاليل الكحول الخفيفة ، بالكولونيا ، وحامض الخليك العطري :

ولغرض تجنب قرح الفراش (التي تتكون عند العدوى التسممية بسهولة) يجرى تنظيف منطقة العجز ، العمود الفقري ولوحى الكتف يوميا بالكافور المزوج مع الكحول (بالإضافة الى مسح كل الجلد) . وتوضع تحت عجز المريضة حلقة من المطاط . ويجرى تنظيف الأعضاء التناسلية الخارجية ما لا يقل عن مرتين فى اليوم .

٢ . تعتبر التغذية الصحيحة أهم شرط لرفع مقاومة الجسم : يجب أن يكون الطعام مغليا ، لذيذا ، متنوعا ، سهل الهضم . فتعطى كمية كبيرة من السكر ، وينصح تناول الدهنيات على شكل قشطة ، زبدة ، وتعطى الزلايات على شكل كستليتة من اللحم مهبله ، سمك مسلوق ، دجاج مسلوق ، بيض ، جبن قريش . ويعطى فى حال عدم اصابة الكليتين الكافيار والرنبجة وغيرها بكميات غير كبيرة لتحسين الشهية . ومن المفيد اعطاء الفواكه ومصيرها . ومن الضروري تناول كمية كافية من السوائل . وينصح بتناول الشاى ، القهوة ، شراب الفواكه ، المياه المعدنية القاعدية . ويعطى النبيذ بجرعات غير كبيرة .

٣ . لغرض رفع مقاومة الجسم توصف الفيتامينات (C ، A ، ومجموعة B وD وغيرها) ، ٢٠ - ٤٠ مليغرام من محلول الجلوكونز المركز ٤٠ ٪ فى الوريد ، او حتى لتر أو لترين من المحلول المركز ٥ ٪ تحت الجلد . وليست هنالك دواى لنقل الدم الى الوريد عند وجود التهاب الاوردة التجلطى . ويتم اللجوء باعتناء الى نقل كميات غير كبيرة من الدم . ويجرى بانتظام تناول أدوية القلب (بالدرجة الاساسية الكافور) ، والأدوية التى ترفع من انتاج الدم والتى تعمل على تحسين عمليات الهضم .

٤ . يجرى استعمال المضادات الحيوية : التيترايسيكلين ، البايوميستين ، الايتراميسين وغيرها .

ان اقتران المضادات الحيوية التالية هو اكثر فعالية : أ) البنسلين مع الستريبتومايسين ،
ب) الايريترومايسين مع التتراسيكلين ، ج) اولياندموايسين مع التيتروميسيكليين ،
د) التيتراتسيكلين مع السلفقات .

وتستعمل عادة الجرعات اليومية التالية من المضادات الحيوية : ٨٠٠٠٠٠ وحدة
قياسية من البنسلين ، ١٠٠٠٠٠٠ وحدة قياسية من الستريبتومايسين ، ٨٠٠٠٠٠ وحدة
قياسية من التيتراتسيكلين ، ٨٠٠ ٠٠٠ وحدة قياسية من الايريترومايسين ، ٨٠٠ ٠٠٠
وحدة قياسية من الاولياندموايسين . ويستعمل الايريترومايسين والاولياندموايسين عند اقترانهما
بالتيتراتسيكلينات في جرعة مقدارها ٤٠٠٠٠٠ وحدة قياسية في اليوم . ويجرى استعمال
المضادات الحيوية النصف مركبة صناعيا والجديدة الأخرى .

ولادوية السلفقات عند الأمراض التسممية وبضمنها العموية مفعول جيد . وتعطى السلفقات
في الأيام الأولى بجرعات كبيرة (غرام واحد بعد كل ٤ ساعات ، ومن ثم يجرى تخفيفها
تدريجيا) .

الوقاية من أمراض النفاس التسممية . للوقاية أهمية رئيسية وحاسمة في مكافحة عدوى
النفاس التسممية .

ويعتبر مبدأ الوقاية من عدوى النفاس التسممية ، حجر الزاوية في تنظيم كل عمل
العيادات الاستشارية للنساء وخاصة دور التوليد . وما يساعد على تجنب أمراض النفاس
هو جميع اجراءات تقوية جسم الحامل (التغذية ، النظام الصحيح ، حفظ صحة الجسم ،
اكتشاف جميع مراكز العدوى في حينه وإزالتها ، والحفاظ على الحامل من الاحتكاك بالمصابين
بالأمراض المعدية) . وللتطهير الدقيق عند التوليد ، والعناية الصحيحة في دور النفاس ،
والاعتناء الذاتي بصحة العاملين في المؤسسة ، وعزل النفاسات المحمومات عن السليمات ،
أهمية استثنائية . وللوقاية من الاصابة بأمراض المكورات العنقودية تلقع الحوامل باللقاحات
الخاصة :

وتلعب مكافحة الحالة الرضية في الولادة وتجنب النزيف الدموي والاختلاطات الأخرى
التي تخفض مقاومة جسم المرأة ، دورا هاما .
ويعتبر العمل في مجال التوجيه الصحي بين الحوامل والنفاسات شرطا هاما لتجنب
أمراض النفاس :

التهاب الثدي النفاسى

يحدث أحيانا فى دور النفاس التهاب الثدي (التهاب الغدة اللبنية) .
وتعتبر الميكروبات القحيحة وبالدرجة الرئيسة المكورات العنقودية وبدرجة أقل المكورات
العقدية والميكروبات الأخرى ، عوامل مسببة لالتهاب الغدة اللبنية . فيجرب انتقال الميكروبات
القحيحة الى جلد الحلمات بالأيدي الملوثة ، البياضات الملوثة ، وبواسطة انتقال العدوى
عن طريق الهواء .

وتعتبر شقوق الحلمات منافذ لدخول الميكروبات الموجودة على جلد الثدي . وتستطيع
الميكروبات ان تنغل الى الثدي عن طريق الاصابات المجهرية لظاهرة جلد الحلمات التى
تتكون عند الرضاعة .

وفى حالات نادرة يجرى انتقال الميكروبات الى الثدي عن طريق السائل اللعائى
او الدم من المراكز الملوثة الأخرى .

يبدأ التهاب الثدي النفاسى عادة بارتفاع مفاجئ للحرارة حتى ٣٩° وأكثر ، وإحياانا
بالقشعريرة . فيظهر ألم فى الثدي ، وانحلال عام ، وألم الرأس ، واختلال النوم ، وقلة
الشهية للطعام . ويكبر الثدي ، ويحس فى أعماقه جزء مؤلم كثيف نوحا ما ، ليست له
حلود واضحة ، ويلاحظ احمرار الجلد أحيانا فوق الجزء المصاب . وكثيرا ما تكبر العقد
اللحفاوية الأبطية وتصبح حساسة :

ان عملية الالتهاب تؤدى الى انسداد مجارى الثدي ، ولهذا يتكون ركود اللبن فيه .
ويمكن أن تنقطع عملية الالتهاب فى هذه المرحلة ويحل فيما بعد الشفاء .

وعند الظروف غير الملائمة (هبوط مقاومة الجسم ، عدوى فوعية ، علاج غير صحيح)
تتصاعد عملية الالتهاب ويتعرض الرشح الى التقيح (التهاب الثدي القيحي) ؛
تسوء عند التقيح الحالة العامة وكثيرا ما تظهر القشعريرة ، والحرارة يمكن ان تكون منخفضة.
ويشتد الألم فى الثدي ، ويتكون فى الرشح الكثيف جزء متحرك ، يكون الجلد فوقه محققا
مزرقا . وكثيرا ما يكون سير التهاب الثدي القيحي خطرا وطويلا .

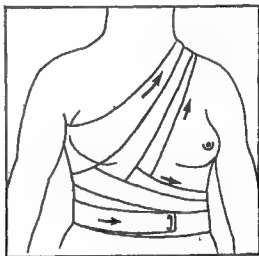
الوقاية من الشقوق فى الحلمات وعلاجها . ان الوقاية من التهابات الثدي النفاسية تتلخص
فى المحافظة على سلامة الثديين وتجنب تشقق الحلمات . وما يساعد على تجنب شقوق
الحلمات هو العناية بالثديين أثناء الحمل ، وارضاع الطفل بصورة صحيحة . ولغسل الثديين

يومياً بالماء الفاتر ومسحهما بمنشفة خشنة أهمية في هذا المجال وينصح عند وجود قشور لبنية على الحلمات (من اللبأ المفروز) بغسل الحلمات بمحلول حامض البوريك المركز ١ ٪ .

ومن الضروري عند الرضاعة العمل على أن يأخذ الطفل الحلمة سوية مع الحلقة المحيطة بالحلمة . ومن المهم للغاية المحافظة على نظافة الثديين للأم المرضعة بصورة صارمة . وينصح ، عند نشوء الشقوق ارضاع الطفل عبر وصلة وتنظيف الحلمات ، بعد الرضاعة بمحلول البنسيلين (١٠٠٠٠ وحدة قياسية الى ١ مليلتر من المحلول الفيزيولوجي) ، وترش الشقوق بمسحوق الستريبتوسيد الأبيض . ويمكن استعمال المحلول الكحول للزراق المثليني . علاج التهاب الثدي . يمكن في بداية المرض وضع كيس من الثلج على الثدي . ويوضع مقلما على الثدي ضماد يثبتها في وضع شبه مرتفع (شكل ١٠١) . ويمكن بدء العلاج بضمادات مدققة مع مرهم فيشنيفسكي أو مع دهن الكافور . ويوصف في الوقت نفسه ٥٠٠ ٠٠٠ - ٨٠٠ ٠٠٠ وحدة قياسية من

المضادات الحيوية في اليوم . ويجرى استعمال السولفات بنجاح . ان علاجاً من هذا القبيل يؤدي الى الشفاء عادة . فاذا تأخر التطور العكسي للورثع ، يستعمل طباب الدم الذاتي . ان الشرط المهم في العلاج يعد اخلاء الثدي . ولهذا عند عدم وجود تقطيع يجرى الاستمرار في ارضاع الطفل أو استخدام آلة مص الحليب .

ويجرى القيام بالعلاج الجراحي عند التهاب الثدي القيحي (فتح الخراج) ويمكن الاكتفاء ، عند وجود خراج غير كبير بتفريغ القيح بالمحقنة وإدخال البنسيلين فيما بعد في التجويف المتكون.



شكل ١٠١ . تضيق الثدي في وضع الرض

اختلاطات النفاس وأمراضه اللاإنتانية المنشأ

كثيراً ما يلاحظ في دور النفاس احتلال التبول وتأخر البراز : ومن السهل زوال هذه الاختلاطات اذا ما تمت قيادة دور النفاس بصورة صحيحة .

وقلما تلاحظ الصلصة الولادية ، الانسداد الغازى ، التشنج النفاسى ، وجنون النفاس .
الصلصة الولادية . يمكن أن تحدث الصلصة الولادية بعد الولادة الشديدة المؤلمة أو
الجامعة وعمليات القبالة التى تتم بدون تخدير ، وعند اعتصار المشيمة الفظ بموجب
طريقة « كرىدى » . وتحل الصلصة على أثر ولادة الجنين أو بعد خروج المشيمة . ويمكن ان
تحدث الصلصة بدون أن يسبقها فقدان الدم . الا أن التزيف الدموى الذى يضعف جسم
المرأة يساعد على نشوء الصلصة .

يظهر لدى المرأة فجأة شحوب الجلد والأغشية المخاطية المرئية ، دوار الرأس ، الغثيان ،
التقيؤ والرقى البارد ، فالنبض خيطى ، والضغط الشريانى منخفض . كثيرا ما تنشأ حالة
من الاغماء ؟

العلاج . زرق البانثروبين تحت الجلد ، تدفئة المريضة ، نقل الدم ، حقن الجلوكوز
فى الوريد ، والادوية القلبية (الكافور ، والكوفين) .

الانسداد الغازى . اذا وقع الهواء فى الاوردة للمفتوحة للرحم النفاسى فانه ينفذ عن
طريق الوريد الأجوف السفلى الى القلب والشريان الرئوى . فتحدث لدى المرأة حالة خطيرة
(شحوب ، توسع الحدقات وهبوط نشاط القلب والتنفس) ، وتموت بسرعة .

والانسداد الغازى هو من المضاعفات النادرة . فهو يمكن ان ينشأ فى لحظة القيام
بالعمليات القبلية (قلب الجنين ، الفصل اليدوى للمشيمة وغيرها) ، وعند الجثة بالمشيمة
وومن الرحم .

جنون النفاس . يحدث أحيانا فى دور النفاس تأزم واشتداد انفصام الشخصية السابق ،
والجنون الهوسى الاكتئابى والأمراض الأخرى . ويظهر الجنون أحيانا بعد الولادة ، لأول
مرة . ان جنون النفاس فى الوقت الحاضر نادر جدا .

من الضرورى ، عند ظهور أعراض الجنون استدعاء الطبيب بسرعة وفرض الرقابة
الدائمة على المريضة . ولا يتم ترك المريضة ولا للحظة ، لأنه من المحتمل وقوع أحداث
مؤسفة . وتُنقل المريضة الى مستشفى الأمراض العقلية .

الباب الثالث عشر

عمليات القبالة

الدواعى والشروط

يجرى اتخاذ قرار القيام بالعمليات القبالية على أساس الفحص الدقيق للماخذ (أو الحامل) . وتسمى جميع أمراض واختلاطات الحمل والولادة التي تسبب الحاجة الى التوليد الجراحى بالدواعى الى العمليات القبالية . ويمكن أن تصلح كدواعى ، الاختلاطات الخطرة على الأم (أمراض القلب ، التشنج الحملى ، وجع المشيمة وغيرها) وعلى الجنين (الاختناق) ، وشلوك طرق الولادة (ضيق الحوض ، ضيق المهبل وغيرها) ، وشلوك القوى الطاردة وغيرها . ويجرى بالإضافة الى الدواعى ، معرفة الشروط ، أى مجموع المعطيات التي تسمح باستعمال هذه العملية القبالية أو تلك . فمثلا أن الوضع المستعرض للجنين يصلح أن يكون داعيا للتوليد الجراحى . غير ان انتقاء هذه العملية أو تلك (القلب الخارجى ، القلب الكلاسيكى للجنين على القدم ، العملية القيصرية ، وقطع الجنين وغيرها) يتوقف على الظروف التي يمكن عندها القيام بالعملية .

وتنسب الى هذه الظروف درجة انفتاح المزرد ، حالة كيس الجنين ، خصائص الحوض ، علاقة الرأس بالحوض وأمور كثيرة أخرى .

ان جميع عمليات القبالة يقوم بها ، كقاعدة ، الطبيب . وتكون القبالة ملزمة فى الحالات الطارئة وعند استحالة مجئ الطبيب الى الماخذ فى الحين أو نقلها الى المستشفى ، بالقيام بالعمليات القبالية التالية ، مع اتباع جميع قواعد التطهير ومنع التقيح بدون اللجوء الى التخدير العام : قلب الجنين على قدمه عند سلامة كيس الجنين أو خروج المياه قبل وقت غير بعيد (عند وجود القبالية على التحرك لدى الجنين) ، عند الاوضاع المستعرضة والمائلة ، وانتشال الجنين من النهاية الحوضية ، الفصل اليدوى للمشيمة وأجزائها وإخراجها ، ونخاطة تمزقات العجان من الدرجة I و II .

التحضير للعمليات القبالية

ان الكثير من العمليات القبالية تتم بصورة طارئة . ولهذا يجب أن تكون جاهزة فى دور التوليد دائما المواد المعقمة (شاش ، قطن ، حرير ، خيوط من الأمعاء) والبياضات : والأدوات المعقمة (لخياطة العجان ، واستعمال الملاقط) ، الدم والمحلول الفيزيولوجى والأجهزة لنقلها ، وكل ما هو ضرورى للتخدير والتخدير الموضعى ، وأدوية للقلب ، والمطهرات والوسائل الأخرى . ويجرى تعقيم الأدوات ، عند العمليات التى تتم بصورة عادية ، قبل التدخل مباشرة .

تعقيم المواد . توضع البياضات (الصدريات ، الأقنعة ، القبعات ، الخمر ، الشراشف ، المناشف) فى علية تعقيم خاصة (طبلية) ، وتوضع المناشف المصنوعة من الشاش ، والحشو . والأربطة وغيرها فى علية تعقيم مستقلة . ويتم وضع البياضات والمناشف (الكبيرة والمتوسطة) بالعد . وتودع العلب بعد فتح فتحاتها الجانبية مقلما ، فى المعقم ، وتعمم بالبخار المضغوط خلال ٤٥-٥٠ دقيقة . ويتم السماح فى حالات استثنائية ، بتعقيم مواد التضميد بالغليان .

ويجرى تعقيم القفازات المصنوعة من المطاط فى المعقم (يتم رشها مقلما بالتلك) أو بالغليان لمدة ١٠-١٥ دقيقة . ويجرى بعد الغليان تجفيف القفازات بمنشفة معقمة وذرّ التلك عليها ولفها بمنشفة .

تعقيم مواد الخياطة . يصلح ان يكون الحرير ، الخيوط العضوية (كنكتوت) والكبرون ، كمادة للخياطة .

يجرى تحضير الخيوط العضوية (كنكتوت) بطرق مختلفة . فتلف على اسطوانات زجاجية أو على بكرات بطبقة واحدة وتودع لمدة أسبوعين فى قنينة زجاجية مغطاة بسدادة زجاجية ، تحتوى الزجاجة على التركيب التالى : 10,0 Spiritus Jodidi , Jodi 33 Kali
aethylci 96%1000,0 بعد اسبوعين يجرى نقل الخيوط العضوية (كنكتوت) ، الى وعاء زجاجى ، يحتوى على كحول ذى تركيز ٩٦٪ وتحفظ بهذا الشكل حتى الاستعمال .

الطريقة الأخرى فى تحضير الخيوط العضوية : تسمح الخيوط العضوية بالشاش المبلل بالبنزين ويجرى خضها بدقة فى الماء المقطر ، وتجفف بقماش معقم ، وترك فى وعاء

يجاجى مع محلول اليد الكحول لعشرة أيام : Jodi 10,0 Kalii Jodidi 20,0, Spiritus aethylici 96% 1000,0. وتحفظ الخيوط العضوية بعد ذلك فى وعاء زجاجى ، يحتوى على كحول خالص .

ويجرى جلّ الحرير ، وحزمه فى حزم غير كبيرة ، وغسله مرّات عديدة بالماء الفاتر والصابون ، وخضه باعتناء فى الماء المقطر ، ويحفظ لمدة ١٢ ساعة فى الأثير ، ومن ثمّ فى الكحول الخالص لمدة ١٢ ساعة (من الأفضل الكحول الصرف) . ويجرى بعد ذلك على الحرير فى المحلول السليمانى المركز بنسبة ١ ٪ لمدة ٥ دقائق . من ثمّ يتم تحضير اليدين كما يتم قبل العملية ، ويلف الحرير المعلى على اسطوانات زجاجية معقمة او على بكرات توضع فى زجاجة ذات سدادة زجاجية تحتوى على الكحول الخالص . ويجرى التأكد من تعقيم الحرير والخيوط المعوية فى المختبر (الزرع فى المرق) .

تعقيم الأدوات . يجرى تعقيم الأدوات بغليها فى محلول كاربونات الصوديوم المائية المركز بنسبة ١ ٪ خلال ١٥ دقيقة . ويتم الغلى فى جهاز خاص للتعقيم . ويمكن تعقيم الأدوات ، عند عدم وجود جهاز التعقيم ، فى قدر نظيف . ولا يجرى غلى الأدوات الجارحة (المشارط ، المقصات) ، بل يجرى وضعها فى الكحول قبل العملية بساعة واحدة - ساعتين . وتغسل الأدوات بعد العملية بفرشاة بالماء الفاتر مع الصابون ، ومن جديد يتم غليها فى محلول هيدروكاربونات الصوديوم (عدا الأدوات الجارحة) وتنشيفها بدقة .

وتقوم القابلة عند عملية فتح البطن ، بعد الأدوات قبل العملية وقبل خياطة جدار البطن ، وتعد فى الوقت نفسه البياضات والمناشف المستعملة أثناء العملية .

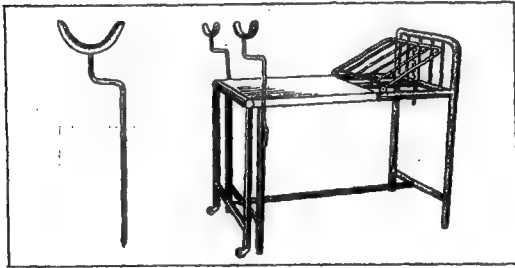
يجرى تعقيم اليدين حسب طريقة سباوكر كوتسكى - كوجيرغين ، فيوربرينغير أو ألفيلد (انظر الباب السابع من الجزء الاول لهذا الكتاب) . ويرتدى بعد تعقيم اليدين قناع ، صلبة معقمة وقفازات معقمة . ان العمليات المهبيلة التى يستعمل فيها للمس يمكن اجرائها بدون قفازات (فهى تضعف للمس) .

تحضير المريضة (الحامل ، الماخض ، النساء) . يجرى قبل العملية تفرغ المثانة بمسبر وتوضع الحقنة (اذالم تكن العملية طارئة) ، ويحلق شعر الاعضاء التناسلية الخارجية ويتم بعد ذلك غسل النصف السفلى من البطن (الى السرة) ، العانة ، السطح الداخلى للفخذين ، الاعضاء التناسلية الخارجية ، العجان ومنطقة الشرج ، بالماء الفاتر والصابون بواسطة قطعة توضع على الملقط . ومن ثمّ تحفّ الآقسام المغسولة

بقماش معقم حتى تجف تماما ، وتمسح بالكحول وتدهن بمحلول اليود الكحول المركز بنسبة ٥ ٪ . ويجرى غسل الجدار الأمامي للبطن ، عند عملية فتح البطن مرتين بالكحول ويدهن بمحلول اليود المركز بنسبة ٥ ٪ . ومن ثم يغطى جدار البطن بشرشف معقم له شق .

ويجرى عند عمليات المهبل تلبس رجل المريضة بجوارب معقمة من القماش ، ويتم تغطية الأعضاء التناسلية الخارجية بشرشف معقم له شق . ويمكن الاستفادة من الصدرية المعقمة واستعمال أكمامها بدلا من الجوارب .

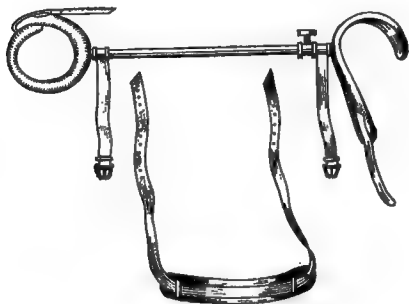
ويجرى القيام بالعمليات القبالية على طاولة خاصة للعمليات ، مكيفة لعمليات فتح البطن وعمليات المهبل . ويمكن الاستفادة من سرير « راحمانوف » للعمليات المهبيلة . يتم حشر نهاية السرير من ناحية الأرجل ، ويثبت الى رجله ماسك الأرجل (شكل ١٠٢) ،



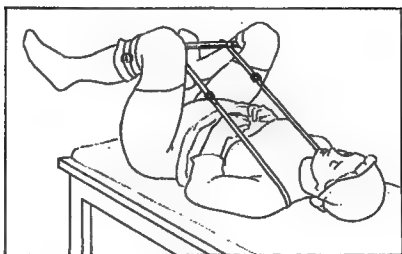
شكل ١٠٢ . سرير راحمانوف في حالة مطوية (مع مساند للقدمين)

فيقع حوض الماخص على طرف السرير ، والماقان على ماسكى الأرجل . ويوضع تحت حوض المرأة مشمع ، يتم تغطيته بشرشف معقم . وعند الضرورة القصوى يمكن القيام بالعملية على طاولة عادية ، وفي هذه الحالة تكون الساقان مثبتتين على ماسك «اوت» للأرجل

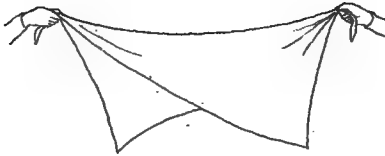
(شكل ١٠٣ و ١٠٤) أو الماسك المصنوع من الشرف (شكل ١٠٥ ، ١٠٦ و ١٠٧) .
 وبإستطاعة المساعدين إمساك أرجل المانحض .



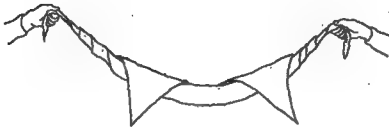
شكل ١٠٣ . مسند القدم «أوت»



شكل ١٠٤ . تثبيت القدمين بواسطة مسند «أوت» القدم



شكل ١٠٥ . مستند قدم من الشريط (المرحلة الأولى)



شكل ١٠٦ . لف الشريط الى طرف واحد



شكل ١٠٧ . استخدام مستند القدم من الشريط

وقبل إجراء بعض العمليات يتم القيام بالوقاية من اختناق الجنين .
وبالإضافة الى ذلك يتم دائما التحضير مقدما لكل ما هو ضرورى لانهاش الجنين
المولود مختنقا .

التخدير عند العمليات القبلية

يتم القيام بجميع العمليات القبلية تحت التخدير العام (الاستنشاقى) أو بالتخدير
الموضعى . ولا ينصح بالجوء عند العمليات القبلية الى التخدير عن طريق النخاع الشوكى .
ويستعمل التخدير العام (الاستنشاقى) عند العمليات القبلية الكبيرة (قلب الجنين
الكلاسيكى على القدم وانتشال الجنين ، العملية القيصرية ، عمليات تفتيت الجنين وغيرها) ،
الفصل اليدوى للمشيمة وأجزائه المتوقعة . ويتم القيام بالعملية القيصرية فى الوقت الحاضر
بالتخدير عن طريق الرغامى بأوكسيد الازوت (N_2O) المخلوطة مع الاوكسجين والمضاف
اليه الاثير أو أى مخدر آخر . ويلرس بصورة دقيقة قبل الاستعمال ما يمنع من استعماله .
ويستعمل عادة الاثير (الأفضل فى خيط مع الاوكسجين) ، وتغفو الحوامل والماخضات
عند صرف مقدار غير كبير من الاثير . ويستعمل أوكسيد الازوت (N_2O) بنجاح مع الاوكسجين .
يجرى الاستفسار قبل اعطاء التخدير عما اذا كانت لدى المرأة أسنان وفكوك اصطناعية ،
ويتم قلعها (ان كانت قابلة للقلع) . فيدهن وجه المريضة بالفازلين وتغلق عيونها بالبشكير ،
وتربط احدى يديها بمحاذاة الجذع ، ويمسك بالأخرى طبيب التخدير مراقبا النبض .
ويجب ان تكون بالقرب من طبيب التخدير على الطاولة ، وسائل التخدير : كموسع القم ،
وماسك اللسان ، ومحقنة معقمة مع إبر ، وأنبولة فيها الكافور والكوفين ، وسادة من
الاوكسيجن .

ويراقب طبيب التخدير طوال الوقت النبض ، التنفس ورد فعل البؤبؤ .
فبعد حلول النوم العميق تكون حركات العين ضيقة ولا تتفاعل مع الضوء ، ويكون
النبض ممثلا ، ايقاعيا بطيئا ، والتنفس منتظما ، والعضلات مرتخية ، والانمكاسات غير
موجودة .

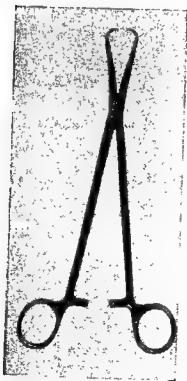
ويمكن اجراء العملية القيصرية ، والعملية على الحمل خارج الرحم (بدون فقر دم)
بالتخدير الموضعى بالنوفوكائين .

ان التخدير البودينثالتي يستعمل لغرض تخدير الولادة وعند القيام ببعض العمليات القبلية مستخدمين محلول النوفوكائين بتركيز ٠,٢٥ ٪ .
 التخدير جنب العنق . يتم ، عند قشط الرحم والعمليّة القيصرية المهبليّة ، ادخال النوفوكائين بتركيز ٠,٢٥ ٪ عبر القنوت الجانبي للمهبل (على الحدود مع القبة الأمامية) في النسيج الخلالي جنب العنق ، حيث تكون الضفائر العصبية . ويجرى ادخال ٣٠ - ٤٠ مليلتر من محلول النوفوكائين من كل جهة .

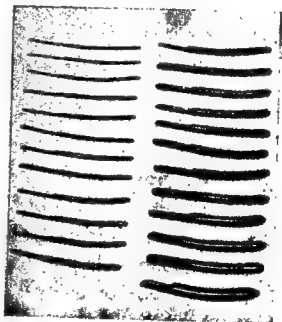
العمليات القبلية

كشط الرحم (abrasio uteri)

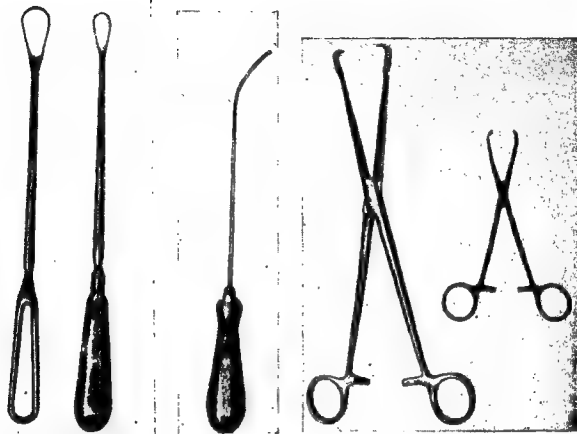
يستخدم كشط الرحم في الحياة العملية للقبالة عند : أ) الاجهاض المتعمد ،



شكل ١٠٩ . ملاقط رصاصية



شكل ١٠٨ . مصحات شيفار



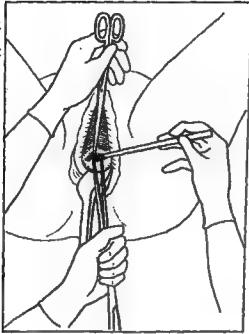
شكل ١١١. مجس الرحم شكل ١١٢. ملقطة (مكشطة) لكشط

شكل ١١٠. ملاقط ميوزو

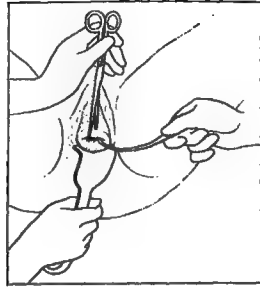
ب) الاجهاض الناقص والاجهاض الجارى ، ج) فى الدور النفسى ، وبالدرجة الاولى عند النزف النفسى المتأخر ، الذى يعود الى تعوق جزء من المشيمة .

الادوات الضرورية : مناظير مهبلية ورافعة ، طاقم أدوات التوسيع (عند الاجهاض المتعمد) (شكل ١٠٨) ، ملاقط رصاصية (شكل ١٠٩) أو ملاقط «ميوزو» (شكل ١١٠) ، مجس الرحم (شكل ١١١) ، مكاشط (ملاقق تنتهى على شكل أنشودة) (شكل ١١٢) لكشط الرحم ، ملاقط اجهاض ، محقنة وإبر للتخدير ، أجفان .

الاجهاض الاصطناعى . يسمح بالاجهاض الاصطناعى عن طريق كشط الرحم حتى الأسبوع ١٢ من الحمل . وأن القيام به فى وقت متأخر عن هذه المدة هو خطر (من الممكن الالتقاط) .



شكل ١١٤ . توسيع قناة عنق الرحم



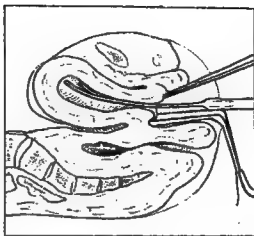
شكل ١١٣ . سبر (تنبيب) الرحم

فمن اجراء العملية . يجرى فتح المهبل بالمنظار ، وتنظيف العنق وجدران المهبل بالكحول اليود ، وينقطع عنق الرحم بالملاقط الرصاصية ويجرى تنبيب الرحم (شكل ١١٣) ، لكي يتم تحديد حجمه والتأكد من الوضعية . ومن ثم يتم توسيع قناة عنق الرحم بالموسعات المعدنية : فيجرى فى البداية ادخال ألرفع موسع (رقم ٤) ، ومن ثم الموسعات المتصاعدة بالغلظة بالتعاقب (شكل ١١٤) . ولكشط الرحم يكفى عادة توسيع القناة حتى رقم ١٢ . ويجرى ، بعد التوسيع ، كشط الرحم (شكل ١١٥) . ويتم بالكشطة فصل بيضة الجنين وإخراجها من تجويف الرحم . وتزال أجزاء بيضة الجنين ، البارزة من قناة عنق الرحم ، بملاقط الاجهاض ويجرى ، بعد ازالة بيضة الجنين ، تقشير باطن الرحم بصورة دقيقة بواسطة مكشطة صغيرة ، وترفع الملاقط الرصاصية (تدهن آثارها باليود) وتتشغل المناظير . وغالبا ما تنتفى الحاجة ، عند الاجهاض الجارى وعند الاجهاض الناقص ، الى توسيع قناة عنق الرحم . ويتم الكشط بعد التنبيب * مباشرة ؛

* يتم القيام فى الاوقات الأخيرة بالاجهاض بواسطة جهاز التفريغ . فتهدم فى هذه الحالة بيضة الجنين ويتم امتصاصها من باطن الرحم (يدين كشط النشاء المخاطى الرحم) .

يتم القيام بالاجهاض الاصطناعى بعد

الأسبوع ١٢ (اجهاض متأخر) حسب الدواعى الطبية فقط . ويمكن أن تكون الأمراض ، التى يسوء عند الحمل سيرها (أمراض القلب ، الرئة ، الكلى ، الكبد وغيرها) ، الأشكال الشديدة من التسمم الحمل ، ومرض ارتفاع ضغط الدم ، دواعيا طبية للقطع المصطنع للحمل فى المدد المتأخرة . ويجرى قطع الحمل فى المدد المتأخرة عن طريق : أ) العملية القيصرية المهبيلة (قلما تستعمل العملية القيصرية بجدار البطن) ، ب) عن طريق ادخال السوائل فى تجويف الأمنيون ، ج) بواسطة توسيع عنق الرحم بكييس .



شكل ١١٥ . كسط الرسم بالكسطة

ازالة أجزاء بيضة الجنين بالاصبع

يسمح ، عند السقوط الناقص فى المدد المتأخرة من الحمل ، بازالة أجزاء بيضة الجنين بالاصبع . ويتسنى القيام بهذا التدخل عند استواء (أو قصـ. كبير) العنق وافتتاح قناة العنق بمقدار اصبع واحد او اصبعين .

فيجرى ادخال أربعة أصابع فى المهبل ، واصبع واحد أو اثنين فى باطن الرحم . ويحتضن باليد الخارجية قعر الرحم عبر جدار البطن . ويتم بالاصبع الداخلى فى باطن الرحم ، فصل وإخراج بقايا بيضة الجنين (شكل ١١٦) ويتم بعد ذلك تفتيش باطن الرحم بصورة دقيقة . ان ازالة بقايا بيضة الجنين بالاصبع هو أعقد من الناحية الفنية من الطريقة الآلية ، وان عدد الاختلاطات المتعلقة بالعدوى ، عند طريقة الاصبع ، اكبر .



ولهذا يفضل ، فى الوقت الحاضر ، ازالة بقايا بيضة الجنين بالطريقة الآلية (مكسطة) .

شكل ١١٦ . اخراج بقايا بيضة الجنين بالاصبع

العمليات التى تنهى طرق الولادة

يتم توسيع قناة عنق الرحم (dilatatio canalis cervicalis) : أ) بالأدوات (بالموسعات) ، ب) بالكيس الموضع للعنق ، ج) بالسحب باستمرار من الرأس بمساعدة الملاقط التى توضع على جلد الرأس ، د) بالأصابع ، هـ) عن طريق شق اطراف المزرد .

توسيع قناة عنق الرحم بالموسعات

توسيع قناة عنق الرحم بالموسعات المعدنية عند قطع الحمل المصطنع ، وتستعمل الموسعات فى الولادة قبل ادخال الكيس الموضع للعنق . وتستخدم فى هذه الحالة الموسعات حتى رقم ١٨-١٩ .

توسيع قناة عنق الرحم بالكيس (metreuryisis)

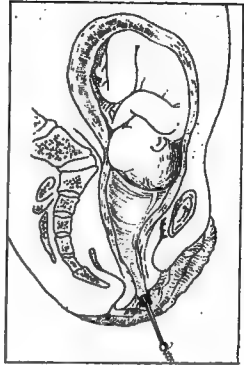
توسيع قناة عنق الرحم بالكيس - عملية يتلخص جوهرها بادخال بالون من المطاط - كيس توسيع قناة العنق فى باطن الرحم ليقوم تدريجيا بتوسيع قناة عنق الرحم .
الدواعى الى توسيع قناة عنق الرحم بالكيس : اجهاض متعقد متأخر لنوع طبية ، ضعف قوى الولادة الاولى ، جبهة جنب المشيمة وطرفها ، خروج المياه قبل الأوان عند الوضع المستعرض للجنين ، سقوط الحبل السرى عند وجود انفتاح غير كبير للمزرد (لكى يتم اسناد الحبل السرى المعاد الى الرحم) .

الشروط : انفتاح المزرد بمقدار اصبعين (عند اسداد المزرد - التوسيع حتى الموسع رقم ١٨-١٩) ، عدم وجود أعراض الاصابة بالعنق .

الأدوات الضرورية : مناظير مهبلية ورافعات ، ملاقط رصاصية (٢-٣) ، أجنات معوجة (٢-٣) ، محقنة بسعة ٢٠٠ ميلتر (١) ، ماسكات (٢-٣) . وإذا كانت قناة العنق مغلقة تستخدم الموسعات .

ويتلخص فن التوسيع بالكيس بما يلى . قبل العملية يملأ الكيس الموضع بالماء ، لكى يتم التأكد من سلامته . ومن ثم يفرغ الماء ، ويلف الكيس الموضع كالمسحوق ويمسك بجفت معوج .

فيجرى ادخال المناظير في المهبل ، ويتم القبض على العنق بالملاقط الرصاصية . فعند وجود انفتاح كاف في المزرد ، يتم ادخال الكيس الملفوف والممسوك بالجفت في باطن الرحم (اذا كان المزرد مغلقا ، يجرى توسيعه مقدما) . يجرى ، عند جبهة المشيمة ، في البداية تمزيق الأغشية ، ومن ثم ادخال الكيس الموسع . وبعد ادخال الكيس الموسع خلف المزرد الداخلى ، يجرى رفع الجفت ويملأ الكيس الموسع ببطء بمساعدة محقنة كبيرة (جاني) بالمجلول الفيزيولوجي المعقم عبر أنبوبة للتصريف (شكل ١١٧) . فتغلق ، بعد ملء الكيس الموسع ، أنبوبة التصريف بماسك ويعلق بها ثقل غير كبير (٢٠٠-٤٠٠ غرام) عبر بكرة .



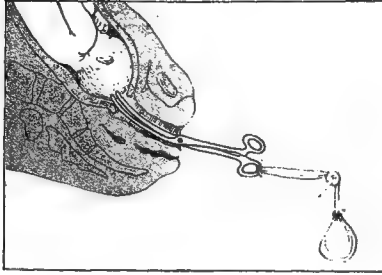
شكل ١١٧ . كيس لتوسيع عنق الرحم ، في الرحم

يسبب الكيس الموسع بعد إدخاله في الرحم اشتداد تقلصات الرحم ويساعد على فتح المزرد . ويتم ولادة الكيس الموسع تلقائيا أو يجرى إخراجه بعد ٦-٨ ساعات (لا ينبغي بقاء الكيس أكثر من ١٠ ساعات في الرحم) :

وضع الملاقط على جلد الرأس

ان وضع الملاقط على جلد الرأس يخلق حسب طريقة «ويلت-إيفانوف» سحباً مستمرا للرأس . وان توسيع عنق الرحم يتم الوصول اليه بالسحب الدائم من الرأس ، الذي يجرى القبض على ثنية جلده بملاقط خاصة . ويعلق الى الملاقط بواسطة بكرة ثقل غير كبير (٢٠٠-٤٠٠ غرام) (شكل ١١٨) .

الدواهي : ولادة مطولة لجنين ميت ، نزيف دموى عند جبهة جزئية للمشيمة ، جنين مخلوج . ويتم وضع الملاقط بشرط انفتاح المزرد بما لا يقل عن أصبعين .

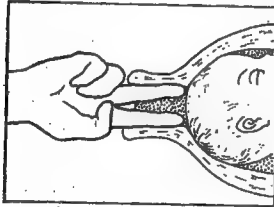


شكل ١١٨ . طريقة الجلب الدائم الرأس

توسيع مزرد الرحم بالاصابع

يكون هنالك داع للتوسيع بالاصابع عند تصلب أطراف المزرد ، وكذلك عند وجود ضرورة للتعجيل بالولادة. ويمكن القيام بهذا التدخل عند استواء العنق بصورة تامة وانفتاح المزرد بمقدار أصبعين . ويتلخص فن هذه الطريقة بما

يلي . يتم ادخال كل الكف في المهبل ، وفي المزرد - السبابة والوسطى (شكل ١١٩). ويجرى باعتناء تمطية المزرد بالاصابع الداخلة ، وعند مجرد ظهور امكانية يتم ادخال الاصبع الثالث ، ومن ثم الرابع . ويحيد ادخال الاصبع الخامس لكي يتم الوصول الى انفتاح أكبر للمزرد .



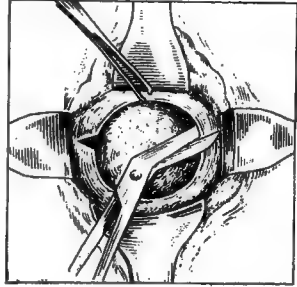
شكل ١١٩ . توسيع المزرد الرخى بالاصبع

وعلى الرغم من البساطة الظاهرة ، فإن التوسيع بالاصابع لا يكون دائما موقفا .

فعند تصلب العنق يتمطي المزرد بصعوبة ، وتتعب الأصابع ، وكثيرا ما يضيق المزرد المتمطي ، من جديد ويعود الى وضعه السابق .

شق أطراف مزرد الرحم (histerostomatoma)

ان تصلب المزرد، وفشل محاولة العلاج بالأدوية (بروميديول، محلول النوفوكائين في العنق وغيرها) والتوسيع بالأصابع يدعو إلى شق المزرد. وقبلما يستعمل هذا التدخل كإجراء تحضيرى قبل العمليات الأخرى. والشرط الضرورى هو الاستواء التام للعنق. فيجرى كشف المزرد بالمنظير المهبلى العريضة والرافعات، وتثبت أطرافه بالملاقط الرصاصية. ويتم القيام، بواسطة مقص مقوس غير حاد النهايات، بشرطين جانبيين أو أربعة أشرطة (اثنين من الأمام إلى الجانب واثنين من الخلف إلى الجانب) بعمق لا يتجاوز ١ سم (شكل ١٢٠).



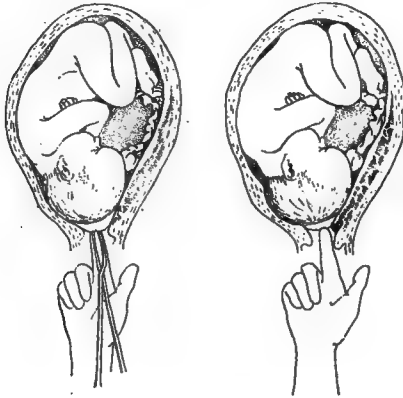
شكل ١٢٠ . شق حواشى مزرد الرحم

تمزيق كيس الجنين المتعمد (diruptio velamentorum ovi)

الدواعى : تأخر تمزق كيس الجنين ، الكيس المسطح ، جبهة غير تامة للمشيمة ، الاستسقاء، التشنج الحمل ، تعوق ولادة الجنين الثانى (تمزق أغشية الجنين الثانى) عند التوأمين .

وفى هذه الطريقة بسيط . يجرى ادخال السبابة أو السبابة والوسطى ويتم بهما تمزيق أغشية كيس الجنين المتوتر أثناء التقلصات (شكل ١٢١) . فإذا لم تنجح العملية يتم تمزيق الكيس بالملاقط الرصاصية أو بالجفت (شكل ١٢٢) . ان التمزيق الآلى لكيس الجنين يتم تحت مراقبة النظر (يجرى ادخال المناظير الى المهبل) أو باللمس . ويجرى فى الحالة الأخيرة ادخال الاداة بمحاذاة الأصابع وتحت مراقبتها يتم فتح الاغشية . ويجرى تمزيق الكيس عادة فى المركز . ويفتح الكيس عند الاستسقاء من الجانب : أعلى طرف المزرد ، لى تنساب المياه ببطء ولكى لا تساعد على سقوط الحمل السرى

والأجزاء الدقيقة . وإن انسحاب المياه السريع يمكن إيقافه كذلك باليد المدخلة في المهبل .



شكل ١٢١ . تمزيق اصطناعي لكيس الجنين بالاصبع . شكل ١٢٢ . تمزيق اصطناعي بالملاقط الرصاصية

شق العجان (perineotomy)

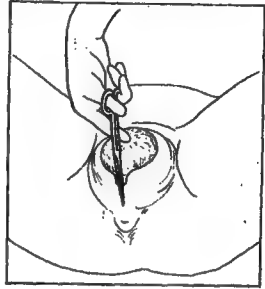
يتم شق العجان ، عند وجود أعراض خطر تمزق العجان (تمدد شديد ، رقة العجان ، ابيضاض العجان) ولدى الاختناق (إذا كان الرأس يقوم بالاخراج) .

يتم القطع بمقص غير حادّ النهايات بعد تنظيف جلد العجان بصبغة اليود . ويجرى ادخال أحد ضلعي المقص ، تحت مراقبة الاصبع ، بين الرأس والملتحى الخلفي ويتم شق العجان . ويجرى القطع بواسطة الخط المتوسط للعجان ، ويكون طول الشق ٢-٣

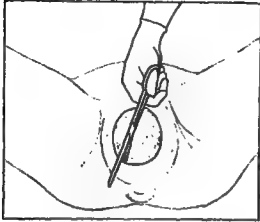
سم (شكل ١٢٣) *

شق القهوة الفرجية - شق جانبي لغرض توسيع الفرج . يستعمل شق القهوة الفرجية في الوقت الحاضر بصورة أقل من شق العجان . ويجرى القيام بالشق على مسافة ٢-٣ سم

من الملتقى الخلفى باتجاه التواء الوركى . ويبلغ طول الشق ٢ سم (شكل ١٢٤) . ويتم بعد الولادة خياطة الشق كما هو الحال عند تمزق العجان .



شكل ١٢٣ . شق العجان



شكل ١٢٤ . شق الفوهة الفرجية

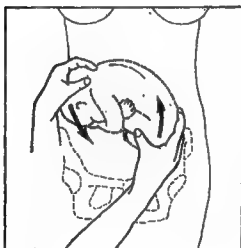
القلب القبالى (versio obstetrica)

القلب القبالى هو العملية التى يتم عندها ابدال الوضعية الحالية المضرة للجنين بأخرى (مفيدة) ، تكون دائما وضعية طولية ؛
هنالك الأنواع التالية من القلب القبالى : القلب الخارجى ، القلب الكلاسيكى الداخلى
عند الانفتاح الكامل للمزرد ، القلب الداخلى عند الانفتاح الناقص للمزرد - القلب على
طريقة بريكستون - هكس .

القلب الخارجى للجنين

يستعمل القلب الخارجى للجنين عند الوضع المستعرض والمائل . ويعتبر بعض أطباء
التوليد السوفيت أن جثثات حوض الجنين هى ايضا من دواعى القلب الخارجى .
١ - القلب الخارجى للجنين عند الوضع المستعرض والمائل. يجرى القيام بالقلب
الخارجى بعد الاسبوع ٣٥ من الحمل فى المستشفى .

والشروط اللازمة للقلب: تحرك الجنين بصورة جيدة (المياه لم تزل باقية)، مرفوعة جدار البطن ، أبعاد طبيعية للحوض أو عدم وجود ضيق كبير فيه ، الحالة الطبيعية للأُم والجنين . أكثر ما يتم هو القلب على الرأس . ويتحول الوضع المائل عادة عند وضع الحامل على جنبها (يقترح على الحامل الاستلقاء على الجنب ، الذى يتفق ووضع الجزء الكبير الواقع أسفل) الى الطولى . وإذا لم يتعدل الوضع ، يتم القيام بقلب الجنين . فاذا كان الرأس بالقرب من مدخل الحوض بجرى القيام بالقلب على الرأس ، وإذا كانت الاليتان - على النهاية الحوضية .



شكل ١٢٥ . استدارة خارجية على الرأس عند الوضع العرضى

وينحصر من القلب الخارجى فيما على . تمحقن الحامل (الماخض) ١٠ مليلتر من المورفين ذى التركيز ١٪ . ويتم تفريغ المثانة ، وتطرح على متكأ صلب ويطلب منها أن تثنى ساقيها . يجلس الطبيب من اليمين ، ويضع إحدى يديه على الرأس ، والأخرى - على النهاية الحوضية للجنين . وبحركات معتنية يتم تحويل الرأس الى مدخل الحوض ، والنهاية الحوضية للجنين الى قعر الرحم (شكل ١٢٥) . وتحرك الاليتان عند القلب على النهاية الحوضية ، الى مدخل الحوض ، أما الرأس - فالى قعر الرحم .

وبعد الانتهاء من القلب تجرى المحاولة لابقاء الجنين^١ فى الوضع الطولى وتجنب عودة

الوضع العرضى . ولهذا الغرض يوضع بمحاذاة الجنين وأجزائه الدقيقة (البطن ، الصدر) مستندان من الشراشف الملوقة ويربطان فى هذه الوضعية (بلون شد البطن) .

٢ - القلب الخارجى الوقائى للجنين على الرأس عند جبهة الحوض . ان القلب على الرأس عند جيئات الحوض يساعد على هبوط نسبة الولادات الميتة ، ولهذا يجب القيام به كاجراء وقائى ، أثناء الحمل .

يعتقد كثير من أطباء التوليد أن الولادة عند جبهة الحوض يجب أن تنترك لسيورها الطبيعى ، وان القلب عندها لا داعى له .

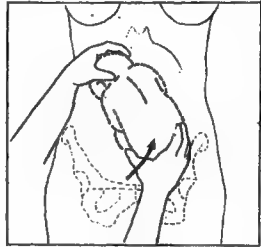
ولقلب الجنين من جبهة بالحوض الى جبهة بالرأس ، يتطلب نفس الشروط التي يتم بها قلب الجنين من الوضع المستعرض .

ويجرى الكشف عن الموانع التي تتسبب اليها : ولادة قبل الأوان وولادة ميتة في السابق ، ندبات بعد العمليات على جدار البطن وعلى الرحم ، تسمم حُملي وُزف دموي عند الحمل الحالي ، شذوذ النمو وأورام الرحم وغيرها .

ويتم القيام بالقلب عند الجبهة بالحوض ، في الأسبوع ٣٥ - ٣٦ من الحمل في المستشفى .

ان فن القلب أساسا هو نفس الفن عند الوضع المستعرض والفرق هو أن الجنين يتم دورانه عند الوضع المستعرض بزاوية قدرها ٩٠° ، أما عند جبهة الحوض فبزاوية قدرها ١٨٠° .

ويتم عند القلب زحزحة الاليتين الى الأعلى ، الى قعر الرحم (الى جهة ظهر الجنين) ، والرأس الى مدخل الحوض (الى جهة جدار بطن الجنين) (شكل ١٢٦) .



شكل ١٢٦ . القلب الخارجي على الرأس عند الجبهة بالحوض

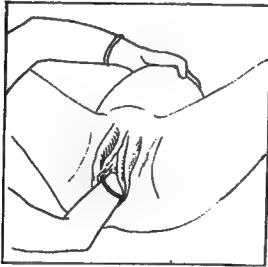
القلب الكلاسيكي الداخلي للجنين على الرجل عند الانفتاح التام لمزرد الرحم

- الدواعي : (١) الوضع المستعرض للجنين (لا ينجح القيام دائما بالقلب الخارجي) ،
- (٢) الجيئات والتركبات غير الملائمة للرأس (جبهة الجنين ، المنظر الخلفي لجبهة الوجه ، للائزامل الخلفي) ، (٣) سقوط الحبل السري والاجزاء الدقيقة عند جيئات الرأس ،
- (٤) الاختلاطات والأمراض ، التي تهدد حالة الأم والجنين (انفصال المشيمة قبل الأوان وغيرها) .
- الشروط : (١) الانفتاح التام لمزرد الرحم ، (٢) يكون كيس الجنين سليما أو أن المياه قد خرجت توا ، (٣) احتفاظ الجنين بتحركه بصورة تامة في تجويف الرحم ،
- (٤) وجود توافق بين حجم الرأس وأبعاد الحوض (عدم وجود ضيق في الحوض بدرجة كبيرة) .
- فن اجراء العملية . تتألف العملية من المراحل التالية : ادخال اليد ، التفتيش عن الرجل ، القبض على الرجل وعملية القلب .

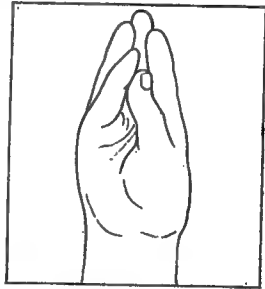
يتم قبل العملية تكرار الفحص الخارجى والمهبلى لفرض التأكد من وضعية الجنين وموقعه ، ودرجة افتتاح المزدرد والمسائل الأخرى .

ادخال اليد . يجرى ادخال اليد اليمنى عادة فى تجويف الرحم ، والتي يمكن العمل بها بصورة أسهل . ويعتقد كثير من أطباء التوليد بأنه ينبغي عند بعض الظروف ادخال اليد اليسرى . ويصوغ م . م . مالىنوفسكى قاعدة اختيار اليد بالشكل التالى : ينبغي ادخال اليد التى تتفق والنهاية الحوضية للجنين ، عند القلب من الوضع العرضى الى الوضع الطولى (عند الموقع الاول - اليسرى ، وعند الثانى - اليمنى) ، ويتم عند القيام بالقلب من الوضع الطولى ، ادخال اليد التى تتفق والأجزاء الدقيقة للجنين (فعند الموقع الاول اليسرى ، وعند الثانى - اليد اليمنى) .

يتم فصل الفرج باليد الموضوعة من الخارج وتدهن اليد المختارة للقيام بالقلب من الداخلى بدهن الفازلين المعقم ، وتجمع على شكل مخروط (شكل ١٢٧) ، ويجرى ادخالها فى المهبل ودفعها نحو مزرد الرحم (يجب أن يكون قفا الكف متجها نحو العجز) .



شكل ١٢٨ . ايلاج اليد فى باطن الرحم



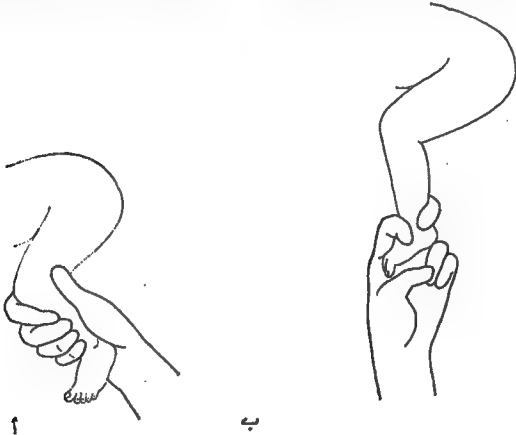
شكل ١٢٧ . اليد مجسوة بشكل مخروطى (يد الطبيب المولد)

وحالما تصل نهايات الاصابع الى المزدرد ، تنقل اليد الموضوعة من الخارج الى قعر الرحم (شكل ١٢٨) . يمزق بعد ذلك كيس الجنين ويتم ادخال اليد فى الرحم ، ويجرى عند جيئة الرأس ، دفع الرأس باتجاه الظهر ، قبل الدخول الى الرحم .

التفتيش عن الرجل . ينبنى ، عند القيام بالقلب من الوضع الطولى ، التفتيش والقبض على رجل الجنين ، المتوجهة نحو جدار بطن الأم .

ويتوقف اختيار الرجل ، عند الوضع المستعرض ، على المنظر : فتقبض عند المنظر الأمامى (الظهر فى الأمام) الرجل الواقعة أسفل ، وتقبض الرجل الواقعة أعلى - عند المنظر الخلفى . والتفتيش عن القدم يتم جس جنب الجنين والرحف باليد من الأبط حتى النهاية الحوضية وبالفخذ فيما بعد حتى الساق ويتم القبض على الرجل . ويجرى أثناء التفتيش عن الرجل ، تقريب النهاية الحوضية للجنين باليد الموضوعة من الخارج الى أسفل ، لملاقاة اليد الموضوعة من الداخل .

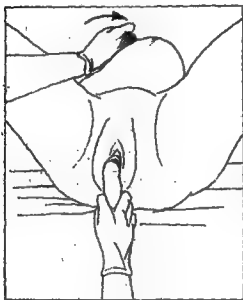
ويتم القبض على الرجل بطريقتين : ١) يتم القبض على الساق باليد كلها ، فتحضن أربعة أصابع الساق من الأمام ويوضع الإبهام على امتداد العضلات البطيئة للساق ، وتصل نهايته حفرة تحت الركبة (شكل ١٢٩ ، أ ، ٢) ويتم القبض بالسبابة والوسطى على قدم



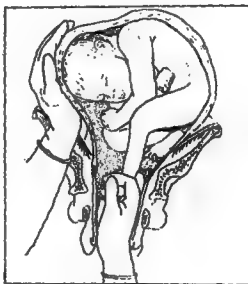
شكل ١٢٩ . القلب على الرجل . مسك الرجل .
أ - الرجل مأخوذة بكامل اليد ، ب - الرجل مأخوذة بإصبعين

الجنين في منطقة الكعب (شكل ١٢٩ ، ب) ، ويقوم الابهام باسناد القدم . والطريقة الاولى للقبض على القدم اكثر ضمانا .

قلب الجنين بعد ذاته . يتم ثقل اليد الخارجية ، بعد القبض على الرجل ، من النهاية المحوضية للجنين الى الرأس واقصاؤها الى الاعلى ، نحو قعر الرحم ، ويتم في هذه الاثناء انزال الرجل باليد الموضوعة من الداخل ، واخراجها عبر المهبل الى الخارج (شكل ١٣٠) .



شكل ١٣١ . انتهاء القلب . الرجل خارجة حتى الركبة



شكل ١٣٠ . القلب بعد ذاته

ويعتبر القلب منتهيا ، بعد أن تكون الرجل قد أخرجت من الفرج حتى الركبة . وهذا يدل على أن الجنين يقع في وضع طولي .

وكثيرا ما تسقط اليد ، عند الوضع المستعرض ، في لحظة خروج المنياء ، ولا يتم ارجاع اليد ، بل تؤخذ بحلقة من رباط معقم وتسحب الى جهة الارتفاق . وتسحب ، أثناء القلب ، اليد بنفسها الى الفرج . ومن غير النادر أن يصحب القلب اختناق الجنين . ولهذا يجرى بعد القلب عادة انتشال الجنين من قلمه .

وتقوم القابلة ، في الحالات الاستثنائية عند عدم وجود امكانية لدعوة الطبيب أو ايعصال الماخض الى المستشفى بالقلب بدون تخدير . وفي حالات كهذه ينبغي حقن الماخض

قبل العملية بـ ١ مليلتر من محلول سلفات الاتروبيين المركز بنسبة ٠,١ ٪ و ١ مليلتر من محلول البابافيرين المركز بنسبة ١ ٪ تحت الجلد. ان جميع مراحل العملية تتم فى الفواصل بين التقلصات .

القلب الداخلى للجنين على الرجل عند عدم افتتاح المزرد بصورة تامة حسب طريقة

« بريكستون - هكس »

تنشأ ، أحيانا عند سير الولادة بصورة مرضية ، الدواعى التالية لقلب الجنين عند الانفتاح غير التام للمزرد .

١ - جبهة المشيمة . تضغط النهاية الحوضية للجنين التى يتم ائزالها ، بعد القلب المشيمة الى جدار الحوض وتساعد على وقف التزيف الدموى . غير أن هذه العملية صعبة من الناحية الفنية ، حيث تؤدى فى اكثر الحالات الى موت الجنين ، وهى خطيرة من حيث ضررها لعنق الرحم . ولهذا تحبذ عند جبهة المشيمة العمليات الأخرى (أنظر الباب الخامس من الجزء الثانى) . ويسمح بالقلب عند وجود افتتاح غير كامل عند الجنين المخدوج الميت .

٢ - الأوضاع المستعرضة (المائلة)

للجنين عند خروج المياه المبكر ووجود جنين مخدوج ميت .

الشروط : (١) افتتاح المزرد بما لا يقل عن اصبعين ، (٢) تحرك الجنين (المياه سليمة أو أنها قد خرجت منذ وقت غير بعيد) ، (٣) عدم وجود ضيق كبير فى الحوض ، (٤) عدم وجود ما يدعو الى التوليد العاجل .

وينحصر فن العملية فى ما يلى :

يدخل فى المهبل الكف الذى يجمع على شكل مخروط والمدهون بالفازلين المعقم ، أما فى مزرد الرحم - فالسبابة والاصبع الاوسط ، اللذين يمزق بهما كيس الجنين



شكل ١٣٢ . قلب الجنين عند الافتتاح غير تام للمزرد (طريقة « بريكستون - هكس »)

وقبل كل شيء يتم ابعاد الرأس (اذا كان الوضع طوليا) . وتنقل اليد الموضوعة من الخارج الى قعر الرحم . ويتم القيام فيما بعد بالعملية باكملها بكلتا اليدين وتحول النهاية الحوضية للجنين باليد الموضوعة من الخارج باتجاه نحو الأصابع الداخلة . ويتم القبض بالأصبعين الداخليين على الرجل في منطقة الكعب (شكل ١٣٢) . وتنقل اليد الموضوعة من الخارج ، بعد القبض على الرجل الى الرأس ويتم زحزحته الى الأعلى صوب قعر الرحم . وفي هذه الأثناء يجرى مدّ الرجل الى الأسفل ، ويتم اخراجها عبر المزدرد الى المهبل وإلى الخارج . حينما تظهر من الفرج الركبة ، يكون القلب قد انتهى ، ويجرى التوليد فيما بعد بصورة عادية . ويعلق الى الرجل ثقل (٢٠٠ - ٤٠٠ غرام) . ان أية محاولات للتججيل بالولادة (الجرّ من القدم) أو انتشال الجنين تكون ممنوعة ، لأنه لا بدّ وأن تحدث في هذه الاحوال أضرار شديدة (تمزق عنق الرحم وفلقته السفلى ، المرفوق بتزف خطير) .

انتشال الجنين من النهاية الحوضية (extractio foetus)

يقتضى عند نشوء اختلاطات ، تهدد حالة الأم والجنين ، انتهاء الولادة عند جثث الحوض بانتشال الجنين . ويستعمل الانتشال كذلك بعد القلب الكلاسيكي عند الانفتاح التام للمزدرد .

ويختلف انتشال الجنين عن المعونة اليدوية . تقدم المعونة اليدوية ، عند جثث الحوض ، بعد ولادة الجنين تلقائيا حتى الزاوية السفلى من لوح الكتف لفرض تحرير اليدين والرأس . وانتشال الجنين من النهاية الحوضية هو عبارة عن عملية ، يتم فيها تحرير الجنين بكامله ، ابتداء من القدمين . ويجرى القيام بهذه العملية بدون أدوات بالإيدى فقط .

الدواعي (١) : الامراض الشديدة لدى الماخص ، التي تتطلب إنهاء الولادة فوراً (التشنج الحمل ، أمراض القلب وغيرها) ، (٢) بده اختناق الجنين ، (٣) بعد القلب الكلاسيكي للجنين على قدمه .

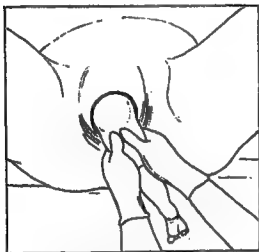
الشروط (١) : الانفتاح التام لمزدرد الرحم ، (٢) فتح كيس الجنين ، (٣) التوافق بين أبعاد الجنين وحوض الأم .

يتشل الجنين عند جثث القدم ، من قدم واحدة (عند جثة غير كاملة بالقدم) ، أو من كلا القدمين (عند جثة كاملة بالقدم) . ويجرى الانتشال عند جثة الآلية التامة من

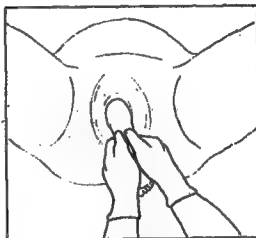
ثنية المغبن . ويتم عند الجيئة المختلطة للآلية ، خفض القدم الأمامية ، فتتولد جيئة بالقدم غير تامة ويتم الانتشال من الرجل .

انتشال الجنين من الرجل (القلمين)

إذا كانت الرجل (الأمامية) المتقدمة لا تزال تقع في المهبل ، فيتم اخراجها من الفرج بأصبعين . فيتم القبض على الرجل الخارجة هكذا : يوضع الإبهام على امتداد العضلات البطيئة للساق ، وبالأصابع الأربعة الباقية يتم احتضان الساق في الأمام . ويمكن امساك الرجل بكلتا اليدين : يقع كلا الإبهامين على امتداد العضلات البطيئة للساق (شكل ١٣٣) .



شكل ١٣٤ . بقدر اخراج الجنين تنقل اليدين من الساق الى الفخذ



شكل ١٣٣ . وضع اليدين عند اخراج الرجل

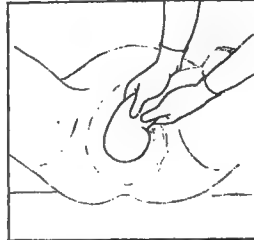
ان مسك الرجل بهذه الصورة يقيها من الكسر . ويجيد مسك مفصل الركبة ، لكي لا يعرض الى عند الانتشال . ومن ثم يتم القيام بحركات الجرّ (السحب) باتجاه نحو الأسفل ، ويقدر تقدم الرجل إلى الخارج يتم ثقل اليد الموجودة على الرجل إلى الأعلى باتجاه الفرج (شكل ١٣٤) .

يستمر الانتشال الى الأسفل الى حين ولادة الآلية الأمامية واقترب عظم الحرقفة (مركز الثبت) تحت الطرف السفلي من الارتفاق .

بعد ذلك بمسك الفخذ الأمامي بكلتا اليدين ويرفع الى الأعلى (شكل ١٣٥) ويتم عند ذاك انحناء الجذع الى الجانب وتترلق فوق العجان الالية الثانية .



شكل ١٣٦ . وضع اليدين عند اعراج الجذع بعد ولادة الالين



شكل ١٣٥ . عندما يقرب عظم الحرقفة (نقطة الشيت) تحت الارتفاق يرفع الفخذ الى أعلى

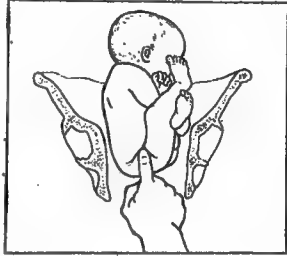
ولا ينبغي تحرير الرجل الثانية (الخلفية) أبدا (خطر الكسر ١) ، فهي تسقط عند الانتشال لوحدها .

وتوضع اليدين ، بعد ولادة الالية الثانية على الشكل التالى : يحاط الفخذ الأمامي بإحدى اليدين ، مع العلم أن الإبهام يتم وضعه بمحاذاة العجز ، ويجرى ادخال سبابة اليد الأخرى فى ثنية المغنن الخلفية ، ويوضع الإبهام ايضا على العجز (بقية الاصابع تكون مضغوطة الى راحة اليد) (شكل ١٣٦) . وباختلاف النهاية الحوضية بالصورة المذكورة ، يستمر الجرّ الى أسفل ، لكن بصورة اكثر أفقية . وتمسك الرجل الخلفية بعد ولادتها ، مثلما أنحلت الرجل الأمامية ، وينتشل الجنين حتى السرة ، ويتم التأكد من عدم ثوتر الحبل السرى ، وينتشل فيما بعد حتى الزاوية السفلى من لوح الكتف . ويتم بعد ذلك تحرير اليدين والرأس حسب القواعد المتبعة عند المعونة اليدوية .

ويجرى ، عند وجود جبهة كاملة بالرجل ، الانتشال من كلتا الرجلين . فاذا كانت الرجلان فى المهبل ، يتم تحريرهما ، فتؤخذ الرجل بكل يد بحيث يقع الإبهامان على امتداد العضلات البولية ، وعلى الساق بقية الأصابع . ويقدر انتشال الرجلين يتم نقل اليدين الى الأعلى ، نحو الفرج . ان المراحل الباقية من الانتشال هى نفسها ، عند الجبهة غير التامة بالرجل .

انتشال الجنين من ثنية المغبن

يبدأ ، عند الجيئة بالالية ، الانتشال بالسبابة وحدها ، التى يتم ثنيها كالمخفاف وادخالها فى ثنية المغبن الامامية (شكل ١٣٧) . ويستمر السحب الى أسفل الى أن تولد الالية الامامية ويقترب عظم الحرقفة تحت القوس العانى . ويجرى الانتشال أثناء المخاض ، ولتقوية فعل الجرّ يتم باليد الثانية احاطة معصم اليد التى تقوم بالعملية .



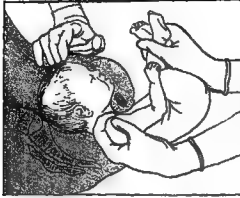
شكل ١٣٧ . اعراج الجنين من ثنية المغبن

حينما يلدن عظم الحرقفة الامامى تحت القوس العانى ، يتم توجيه السحب الى أعلى . عندئذ يتم انحناء الجذع الى الجانب واختراق الالية الخلفية . بعد ذلك يتم ادخال سبابة اليد الثانية المثنية على شكل المخفاف فى الثنية الخلفية للمغبن ، ويجرى القيام بالانتشال حتى الزاوية السفلى للوح الكتف . وتسقط الرجلان من تلقائهما . ويجرى تحرير

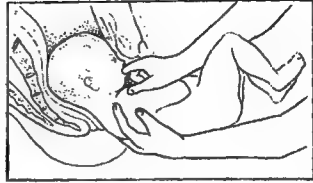
اليدين والرأس كما هو الحال فى المعونة اليدوية .

ان انتشال الجنين من ثنية المغبن هو من مجموعة العمليات الأكثر صعوبة . فاليه التى تقوم بالعملية تتعب بسرعة ، والاليتان تتقدمان ببطء . ويصعب على الأنفص الانتشال عند وقوف الاليتين عاليا . وقد تم اقتراح الانتشال من ثنية المغبن بمخفاف معدنى غير حاد أو حلقة (من شريط أو رباط) . غير أن ذلك يعرض الجنين الى الأذى (خلوع ، كسور وغيرها) . ولهذا فإن هذه الأساليب تستعمل فى الوقت الحاضر عند موت الجنين فقط . الاختلاطات عند انتشال الجنين . يمكن أن تحدث عند انتشال الجنين (والمعونة

اليديوية) اختلاطات : انقباض مزرد الرحم ، لقاء اليدين الى الوراء ، المنظر المخلفي وغيرها . ولكي يستبعد انقباض المزرد ، يتم اجراء العملية تحت التخدير . ولغرض الوقاية من الانقباض يجرى قبل العملية ادخال ١ مليلتر من محلول الأتروبين ذى التركيز ٠.١ ٪ و ١ مليلتر من محلول البابافيرين ذى التركيز ١ ٪ . ويعتبر لقاء اليدين الى الوراء (اليدان على الوجه ، عند الاذنين أو خلف القذال) اختلاطا خطيرا للغاية . وينصح ، لتحرير اليد الملقاة ،



شكل ١٣٩ . اخراج الرأس المعتدل في منظر خلفي



شكل ١٣٨ . تحرير الرأس في منظر خلفي (يتم القيام سلفا بالحنى)

ادخال أربعة أصابع فى المهبل وسحب اليد من ثنية المرفق الى أسفل ، بحيث تنزلق على الوجه والصدر (« حركة غسل ») .

كما ويتعقد انتشار الجنين فى حالة نشوء المنظر الخلفى (يلتفت الفك السفلى نحو الارتفاع ، والقفأ - نحو العجز) . ولتحرير الرأس فى المنظر الخلفى تستخدم الطريقة التالية . يجرى ادخال طرف السبابة فى فم الجنين ، ويتم حنى الرأس ، ويتنشل الجنين باليد الموضوعة من الخارج الى أن تقترب منطقة القصبة الانفية (مركز التثبيت) تحت المفصل العائى (شكل ١٣٨) . ويتم بعد ذلك حرف جذع الجنين الى الأمام (صوب بطن الأم) ويتم اخراج الرأس فوق العجان . فاذا كان الرأس متصبأ ، والقم صعب المنال ولا يتسنى حنى الرأس ، فيجرى حرف الجذع من الأرجل صوب جدار بطن الأم ، ويمسك باليد الأخرى حزام الكتف من الخلف ويتم المساعدة للانتشال . ويخترق الرأس ببعده العمودى ، ويكون مركز التثبيت - هو منطقة العظم اللامى (شكل ١٣٩) .

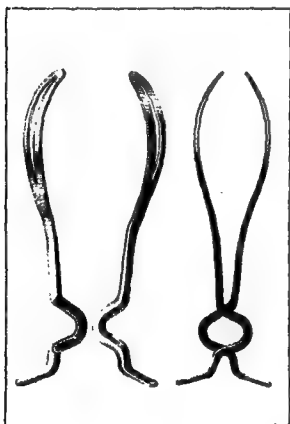
الملاقط القبالية (forceps obstetrica)

الملاقط القبالية عبارة عن أداة ، تستعمل عادة لاجراج رأس الجنين التميم الحى عند وجود ضرورة لانهاى الولادة فوراً . ومن المعروف انه منذ بداية القرن السابع عشر كان لدى الطبيب الاسكتلندى « جيمبيرلين » ملاقط قبالية . وقد احتفظت عاتلة « جيمبيرلين » بجهاز الملاقط سرا وقد استخلمت هذه الأداة بصورة واسعة للأثراء الشخصى . وقد اخترع « بالفين »

في أوائل القرن الثامن عشر نموذجيه الخاص للملاقط وقد أعلن عن ذلك في أكاديمية العلوم في باريس .

وقد اشتغل فيما بعد لاتقان جهاز الملاقط كثير من المؤلفين (ليفري) ، « سميلي » ، « سيمبسون » ، « نيجيلي » وغيرهم) وأطباء التوليد الروس . وقد صمم الأطباء الروس نماذج أصلية من الملاقط :

وقد وضع الملاقط في روسيا لأول مرة أستاذ جامعة موسكو « إيرزموس » عام ١٧٦٥ .
وأول من أدخل هذه العملية في التطبيق القبالي هو أول عالم روسي مولد ن . م . « ماكسيموفيتش — أمبوديك » . وقد ساعد أطباء التوليد الروس الكبار غ . اى . كورابليوف ، آ . يا . كراسوفسكى ، ن . ن . فينومينوف وغيرهم فيما بعد على اتقان عملية وضع الملاقط .
واكثر ما يستعمل في الوقت الحاضر هي ملاقط « سيمبسون » (شكل ١٤٠) المعدلة



شكل ١٤١ . ملاقط « لازارييفيتش »



شكل ١٤٠ . ملاقط « سيمبسون »

من قبل « فينومينوف » . وتتألف الملاقط من فرعين ، يتقاطعان في الوسط . ويتألف كل فرع من ثلاثة أجزاء : (١) ملقطة ، مخصصة لمسك الرأس ، (٢) قفل ، يتم بواسطته غلق الفرعين ، (٣) مقبض يتم بواسطته انتشار الرأس ، الواقع بين ملاقط الملاقط . وتوجد بين القفل ومقبض الملاقط بروزات جانبية (ما يسمى بكلايب « بوش ») ، هي عبارة عن ركيزة جيدة لليدين اللتين تقومان بالعملية عند انتشار الرأس . والملاقط تقومان : رأسى وحوضى . فالقوس الرأسى مخصص لالتقاط الرأس ، ويتفق التقوس الرأسى للملاقط مع الشكل المعقوف للمحور القائد فى الحوض . فيتم ادخال كل ملقطة على انفراد فى الجهة اليسرى واليمنى من المهبل (الحوض) . وتلك الملقة التى يتم ادخالها فى الجهة اليسرى من الحوض ، تسمى باليسرى ، ويجرى ادخالها دائما فى البداية ، والقسم القفلى لهذا الفرع يقع تحت القسم القفلى للفرع الثانى (الايمن) . ويجرى ادخال الملقة الثانية فى النصف الأيمن من الحوض ، وهى تسمى باليمنى . ويتم ادخال الملقة اليمنى دائما بعد اليسرى : هذا ضرورى لاقفال الملاقط .

وتتمتع ملاقط « لازاريفيتش » (شكل ١٤١) والتى لا يوجد فيها تقوس حوضى وتقاطع الفرعين (ملاقط مستقيمة متوازية) بشهرة واسعة .

وتنسب الى الدواخى لوضع الملاقط القبالية الأمراض والاختلالات ، التى تتطلب الانهاء العاجل للولادة لصالح الأم والجنين : (١) ضعف قوى الولادة الثانوى وانعدام تقدم الرأس خلال ٢ - ٣ ساعات ، (٢) التهاب بطانة الرحم فى الولادة ، (٣) الأمراض الشديدة لجهاز القلب والأوعية الدموية ، الرئتين وغيرها ، (٤) التشنج الحمل (اذا لم تقطع النبض بفعل العلاج) ، (٥) اختناق الجنين .

شروط وضع الملاقط : (١) الجنين حى ، (٢) افتتاح تام للمزود ، (٣) عدم وجود كيس الجنين ، (٤) يجب أن يكون الرأس غير صغير جدا (مخدوج) وليس كبيرا جدا (جنين عملاق ، استسقاء الدماغ) ، (٥) حوض طبيعى (أو ضيق بسيط) ، (٦) يقع الرأس فى مخرج الحوض أو فى تجويفه .

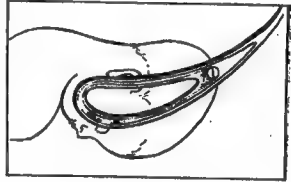
تعتبر الشروط هى أحسن ما يكون لوضع الملاقط عند وقوف الرأس فى مخرج الحوض . والعملية كهذه تسمى « ملاقط مخرجة » . وإذا وضعت الملاقط على الرأس الموجود فى تجويف الحوض يقال عن « ملاقط التجويف » : ان فن وضع ملاقط التجويف اكثر تعقيدا .

فن وضع الملاقط المخرجة

يحضر للعملية ملاقط ، مناظير صفاحية عريضة ، ملاقط رصاصية (للمعاينة عنق الرحم بعد العملية) ، مقص لقص العجان والأدوات الضرورية لخياطة العجان . ويتطلب أحيانا ، عند وضع الملاقط القيام بشق العجان وخياطة تمزقات العجان ، التي كثيرا ما تحدث . ويجرى القيام ، قبل العملية ، بالفحص المهبلي لكي يتم معرفة وضع الرأس في الحوض ، اتجاه الدرز السهمي واليوافخ . فيقف الرأس عند المنظر الأمامي لجبهة القذال ، في مخرج الحوض ببعده المستقيم ، ويكون اليافوخ الصغير متوجها صوب الارتفاع ، أما الكبير فنحو العجز . ويؤخذ الفرع الأيسر ، قبل ادخال الملاقط ، باليد اليسرى ، والأيمن باليد اليمنى ويجمع الملقط على سطح أفقى (على الطاولة) .

وتتألف العملية من المراحل التالية : ١) ادخال ملاقط الملقط ، ٢) اقفال الملقط ، ٣) اختيار الجرّ الى أسفل ، ٤) الجرّ بحد ذاته (انتشال الرأس) ، ٥) رفع الملقط .

يتم ادخال الملاقط حسب القاعدة التالية: يجرى ادخال الملقطة اليسرى باليد

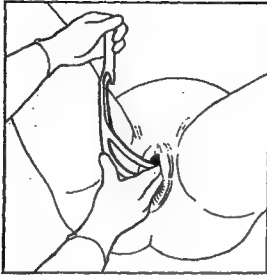


اليسرى في النصف الأيسر من الحوض (المهبل) ، والملقطة اليمنى باليد اليمنى في النصف الأيمن من الحوض . ويتم أولا ادخال الملقطة اليسرى ، وثانيا - اليمنى . ويجرى ادخال الملاقط عند وقوف الرأس في مخرج الحوض ، بالمد العرضي للحوض ،

شكل ١٤٢ . وضع الملاقط على الرأس بصورة صحيحة بحيث يقع الملقط على الرأس في منطقة التئومات الجدارية والأذنين ، ويقع اليافوخ

الصغير (المركز الدليل) في مستوى الملقط : يتطابق التقوس الحوضي للملقط ، ومحور الرأس (من اليافوخ الصغير حتى الفك السفلي) والمحور الدليل للحوض (شكل ١٤٢) .

ويتم ادخال الملاقط بالصورة التالية : تدخل في المهبل أربعة أصابع اليد اليمنى ، التي توضع على السطح الجانبي للرأس (نهايات الأصابع تكون متجهة نحو الفك السفلي) . يؤخذ مقبض الفرع الأيسر ، باليد اليسرى ، ويمسك كالقوس أو كالريشة ، ويوجه نحو ثنية المغنن اليمنى (بصورة موازية لها) . ويتم ادخال الملقطة اليسرى في المهبل ، واضعين



شكل ١٤٣ . إلحاح الملقطة اليسرى من الملائط .

ياها بين اليد والرأس ، وعند ذاك يتزلق الضلع السفلى منها فى المنخفض بين الأصبع الأوسط والسبابة . ويتم ادخال الملقطة باليد اليسرى تحت مراقبة اليد اليمنى بدون أى عنف (شكل ١٤٣) . ويقدر ادخال الملقطة بجرى خفض المقبض الى أسفل ، الى العجان . وتوجه باليد الموضوعة من الداخل الملقطة ، التى يجب أن تستلقى على الرأس فى منطقة التواء الجدارى . ويتم ، بعد ادخال الملقطة اليسرى ، اخراج اليد اليمنى ، ويعطى المقبض الى المساعد .

ومن ثم يتم بهذه الصورة نفسها ادخال الملقطة اليمنى باليد اليمنى فى النصف الأيمن للحوض تحت مراقبة اليد اليسرى . ويرقد مقبض اليد اليمنى دائما على اليسرى . غلق الملقط . يمسك المقبض الأيمن باليد اليمنى والأيسر باليسرى ويتم تقريب أقسامها القفلية . والملقط الموضوع بصورة صحيحة يقفل بسهولة .

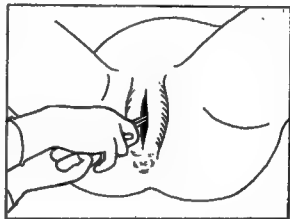
السحب الاختبارى الى أسفل . يجرى التأكد عما اذا كان الملقط يتزلق عند الانشغال أم لا . ولهذا الغرض يمسك باليد اليمنى مقبض الملقط ، وكف اليد اليسرى راقداً على الأيمن ، ونهاية السبابة المملوذة لهذه اليد تمس الرأس . وباليد اليمنى يتم السحب الى



شكل ١٤٤ . سحب تجريبى (مخطئ)

أسفل (شكل ١٤٤) . فإذا كان الملقط موضوعا بصورة صحيحة فإن الرأس يتقدم سوية مع الملقط وتبقى السبابة متماسكة مع الرأس . وإذا كان الملقط ينزلق (موضوع بصورة غير صحيحة) ، تتكون بين الأصبع والرأس مسافة (يخرج الملقط ، ويبقى الرأس في مكانه) . السحب يحدد ذاته إلى أسفل - انتشال الرأس . يبدأ بعد السحب الاختبارى بانتشال الرأس . فيتم القبض باليد اليمنى على القسم القفلى للملقط (اصبعان على كلايب بوش) ، وبالييسرى - المقبض (شكل ١٤٥) . ويجرى ، عند انتشال الرأس ، القيام بصورة مضطبعة بتنفيذ تلك المراحل من آلية الولادة التي لم تتم بعد بالطريقة الطبيعية . ويتم جرّ (جلب) الرأس بحركات خفيفة ، مقلدين فعل القوى الطبيعية الطاردة (كل سحب إلى أسفل يستمر دقيقة واحدة أو دقيقة ونصف) .

ويتم التوقف لبرهة بين السحب (دقيقة واحدة أو دقيقتين) ، التي يجرى خلالها ارتخاء غلق الملقط (لتحسين الدورة الدموية لمخ الجنين) . يجب أن يكون اتجاه الجرّ متفقا والطريق التي يسلكها الرأس في الولادة (المحور الدليل للحوض) .



شكل ١٤٥ . اخراج الرأس بالملاقط

ويستمر الجرّ بصورة أفقية عند وقوف الرأس في مخرج الحوض ، إلى حين اختراق نتوء القفا واقترب حفرة تحت القذال من القوس العاني . ويتم ، بعد ذلك ، الوقوف إلى

يسار الماخص وتمسك اليد اليمنى بالمقبضين ، وتوجههما مع الرأس العابر إلى الأعلى وتحمل اليد اليسرى العجان . فعند توجيه الجرّ إلى أعلى يتم انتصاب الرأس وولادته .

نزع الملقط . يمكن رفع الملقط بعد اخراج النتوء القذالي والنتوين الجداريين وتحرير الرأس فيما بعد باليدين (كما يتم بالولادة الاعتيادية) . ويمكن اخراج الرأس بالملقط . وتوقع الملاقط بالترتيب العكسي : في البداية الملقعة اليمنى ، ومن بعد اليسرى فيوجه مقبضا الملاقط المخلوعة نحو الفخذ المقابل للأنف . ويتم بعد ولادة المشيمة ، معاينة عنق الرحم بالمنظار . فإذا تم اكتشاف تمزقات نخاط حالا . وعند وجود استمرار في المهبل والعجان تتم خياطتها بالطريق المعتاد .

العملية القيصرية

العملية القيصرية هي العملية التي يتم فيها شق الرحم وانتشال الجنين والمشيمة . وكانت العملية القيصرية تجري عند الموت المفاجئ للحامل والمخاض (لا تقاذ حياة الطفل) في الأزمنة القديمة . وأول عملية قيصرية أجريت على امرأة حية تمت في أوائل القرن السابع عشر . غير أن هذه العملية نالت شهرة بعد ادخال التطهير ومنع التثبيح (منذ أواخر القرن التاسع عشر) واتقان طريقتها .

وأول من وصف العملية القيصرية في روسيا هو د . سامويلوفيج (١٧٨٠) . ويعود الفضل الكبير في تطوير العملية القيصرية الى الطبيب الروسي ن . اى . بويدينسكى . وتتم العملية القيصرية عبر جدار البطن أو عبر المهبل (عملية قيصرية مهبلية) . ويجرى القيام بالعملية القيصرية المهبلية بصورة نادرة ، عند الحمل المخدوج عادة .

العملية القيصرية عبر جدار البطن

دواعي العملية القيصرية : (١) ضيق تشريحي شديد في الحوض (الدرجة الثالثة والرابعة من الضيق) ، (٢) عدم توافق بين الرأس والحوض (حوض ضيق سريريا) ، (٣) خطر تمزق الرحم ، (٤) جئمة مركز المشيمة (وجانبها عند التزيف الشديد) ، (٥) انفصال قبل الأوان للمشيمة المتاقمة بصورة طبيعية (صورة نزف دموى داخلى وصلمة) ، (٦) حالة شديدة للمرأة (مرض القلب ، مرض ارتفاع ضغط الدم ، الانواع الخطرة من التسمم الحمل وغيرها) ، (٧) الندبات بعد عمليات سابقة على الرحم ، حمل تعدى أوانه وضيق الحوض ، وضع عرضى مستعصى عند الجنين الحى والمفـ:عفات الأخرى ، التي لا توجد عندها امكانا لانهاء الولادة بطريق اخر بنتيجة مرضية بالنسبة للأم والجنين .

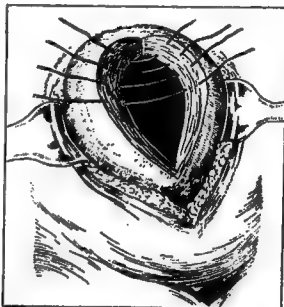
الشروط : عدم وجود عدوى ، جنين حى وقادر على العيش ، ومن المفضل القيام بالعملية في بداية نشاط الولادة .

الادوات : مشروط (٢) ، جفت طويل (٢) ، جفت تشريحي (٣-٤) ، جفت جراحى (٣-٤) ، أجنات موقفه للدم (١٠ طويلة ، ٥-٦ قصيرة) ، أجنات بيان (١٥-١٦) ، كورتسانافات (٥-٦) ، ملاقط رصاصية (٢) ، ملاقط مبيضية (٢) ، مكشطات (٢-٣) ، ماسك الابر (٢) ، إبر مختلفة (١٠-١٢) ، مقصات

(٢ مقوسة ، ٢ مستقيمة) ، مناظير بطنية ، قسطرة ، محقنة مع إبر ، أجفات للبياضات (٤) . ويجرى مقلما تحضير كل ما هو ضرورى لنقل الدم وانعاش الطفل ، الذى قد يكون فى حالة اختناق .

وينحصر الفن بالدرجة الاساسية بما يلى : يفتح الجدار الأمامى للبطن فى الخط الأبيض طبقة فطبة . ويبدأ الشق أعلى العانة ، ويسير حتى السرة او أعلى بقليل . ويعزل السطح الأمامى للرحم عن تجويف البطن بالمناشف ، لكى لا تقع فى البطن المياه المحيطة بالجنين . ويتم القيام بشق طولى يبلغ طوله ١٢ سم تقريبا ، على الجدار الأمامى للرحم ، وعن طريقه يتم انتشال الجنين من قلمه ، التى تمسك باليد .

فيقطع الحبل السرى بين جفتين ، ويناول الطفل الى القابلة . بعد ذلك تنتشل المشيمة ويفحص باطن الرحم باليد أو بالمكشطة ، ويخاط جدار الرحم طبقة طبقة (شكل ١٤٦) ، فيتم اخراج جميع الادوات والمناشف ويخاط جدار البطن طبقة فطبة . ويجهد فى الاوقات الأخيرة القيام بالشق فى منطقة الفلقة السفلى للرحم ، ولهذا يجب مقلما فتح الطية المثانية - الرحمية للبريتون وازاحة المثانة الى أسفل . ويتم ، بعد انتشال الجنين والمشيمة وخياطة أطراف شق الفلقة السفلى للرحم تحويل المثانة الى مكانها السابق ، وتعاد الطية المثانية - الرحمية للبريتون بخياطتها .



شكل ١٤٦ . السلية القيسرية الكلاسيكية . خياطة شق جدار الرحم

استعمال آلة الاستخراج التفريغى

تنسب عملية اخراج الجنين بواسطة آلة الاستخراج المفرغة الى الطرق الحديثة فى القبالة الجراحية . وتتألف آلة الاستخراج المفرغة من جهاز مفرغ (الذى يتكون فيه ضغط سالب) وفناجين (مختلفة الحجم) ، توضع على رأس الجنين .

ويعتمد مبدأ عمل الجهاز على إيجاد فراغ مضغوط بين السطح الداخلي للفنجان ورأس الجنين . وتنشأ عندئذ قوة تماسك ، تخلق إمكانية القيام بالجبر ، الضروري لانتشال الجنين . ويستعمل جهاز الاستخراج التفريفي عند وجود ضرورة انتهاء الولادة بسرعة حينما تكون العملية القيصرية أمراً غير مرغوب فيه أو لا داعي لها ، مع عدم وجود ظروف مناسبة لاستعمال الملاقط .



شكل ١٤٧ . عملية اخراج الجنين بالبراغ . اخراج رأس الجنين بالجهاز الفراغى

الدواعى الأساسية : ضعف قوى الولادة المستديم ، بدء اختناق الجنين ، سقوط الحبل السرى (بعد اعادته) .

الشروط : انفتاح تام للمزود ، عدم وجود كيس الجنين ، توافق تام بين أبعاد الحوض والرأس ، جثة القذال . ولا ينصح باستعمال الجهاز التفريفي عند الجثثات الانتصابية ، الولادات قبل الأوان ، عدم التوافق بين أبعاد الرأس والحوض ، الأمراض التى تتطلب إيقاف المخاض (عيوب القلب ، حالات التسمم الخطيرة وغيره) .

ويوضع فنجان جهاز الفراغ على منطقة البافوخ الصغير ، ويتم بعد وضع الفنجان اتصال الضغط السالب الى ٠,٤ - ٠,٥ كغم/سم^٢ ، وعند الجبر - الى ٠,٧ - ٠,٨ كغم/سم^٢ . ويعجرى القيام بالجبر أثناء المخاض (شكل ١٤٧) .

عمليات تفتيت الجنين

تستعمل عمليات تفتيت الجنين على الجنين الميت . وتستعمل هذه العمليات عند الجنين الحى كظاهرة نادرة جداً ، فيما تكون حياة المرأة فى خطر ولا توجد ظروف للقيام بالتوليد بطريق آخر . لتفتيت الجنين توجد عمليات مختلفة : فذغ الجمجمة (تقليل حجم الرأس) ،

الاقتران (فصل الرأس) ، اخراج أحشاء البطن الى الخارج (تفريغ تجويف البطن ، القفص الصدري) ، قطع الترقوة (شق عظم الترقوة) ، قطع العمود الفقري (اتلاف العمود الفقري) .

ان مجموعة العمليات على الجذع والرقبة (الاقتران ، اخراج أحشاء البطن الى الخارج ، قطع الترقوة ، قطع الفقار) تسمى بتقطيع الجنين .

فدغ الجمجمة

يستعمل فدغ الجمجمة حسب الدواعى التالية : جنين ميت ، عدم توافق شديد بين الحوض والرأس ، ظهور أعراض خطر تمزق الرحم والاختلاطات الخطرة الأخرى عند عدم وجود امكانية للتوليد عن طريق آخر .

الأدوات اللازمة : مثقب فينمينوف (شكل ١٤٨)

أو بلو (شكل ١٤٩) ، مناظير مهبلية عريضة (٢) ،

رافعة (٢) ، ملاقط ميوزو (٢) ، ملاقط رصاصية

(٢) ، ملقحة لتفتيت المخ (١) مشداخ (١) ،

مقص لقص الترقوة (١) . ويجرى اعداد ادوات

لخياطة العنق والمجان (للحيلة عند حدوث أضرار) .

يتألف فدغ الجمجمة من المراحل التالية : (١)

ثقب الرأس ، (٢) اخراج المخ (تفتيت واخراج المخ) ،

(٣) شدخ جمجمة الجنين (انتشارال الرأس بالمشداخ) .

ان فن فدغ الجمجمة يتلخص بما يلى : يتم

الكشف عن المهبل بالمتظار ، وتوضع على الرأس

ملاقط ميوزو ، ويتم السحب الى أسفل والبدن بالثقب .

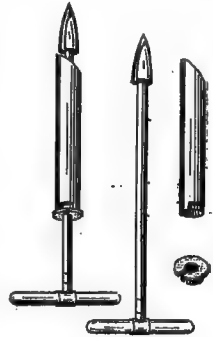
والأفضل ان يستعمل مثقب فينمينوف ، المركب مثل

الخرامة : تقع الخرامة فى جلبة تقوم بحماية الانسجة

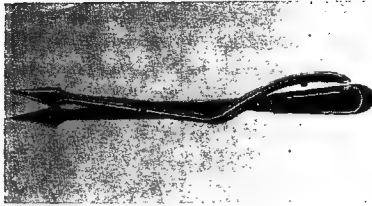
الينة لطرق الولادة من الاضرار العفوية . وفعل بهذا المثقب فتحة مدورة فى العظم المتقدم

من الجمجمة . ويمكن استعمال مثقب بلو الذى يشبه الرمح ، والذى بواسطته يتم القيام

بشق صليبي للجمجمة فى منطقة اللرز أو اليافوخ (شكل ١٥١) . ان السطوح الجارحة للمثقب

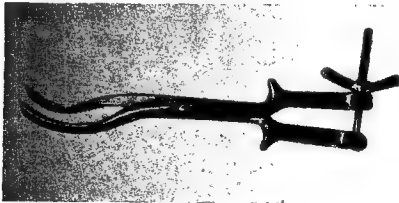


شكل ١٤٨ . مثقب « فينمينوف »



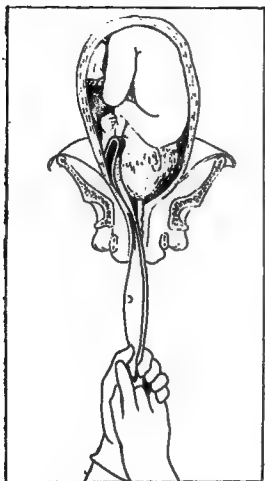
شكل ١٤٩ . مثقب «بلو» روى الشكل

الرمحى الشكل تكون متجهة الى الخارج ، ولهذا يجب حماية الأنسجة اللينة لطرق الولادة من الاضرار العفوية . ولهذا تخفض يد المثقب الى أسفل ، وتتم حماية الجدار الأمامى للمهبل (والمثانة) بالمنظار أو باليد اليسرى . ويجرى بملحقة معقمة أو بمكشطة تفتت المخ ، الذى يخرج بسهولة من باطن الجمجمة . ويقوم بعض أطباء التوليد بغسل الجمجمة ، بعد تهديم المخ ، بالمحلول الفيزيولوجى المعقم .

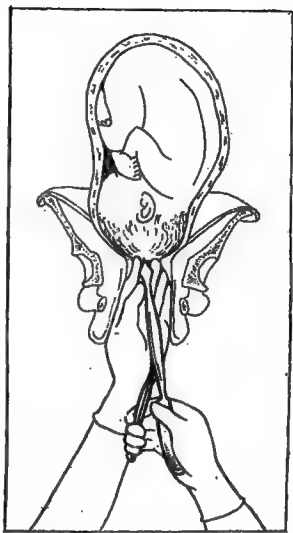


شكل ١٥٠ . مشدخ جمجمة الجنين

يصغر حجم الجمجمة بعد اخراج المخ ، والمرحلة القادمة من هذه العملية هي - شدخ الجمجمة ، أى انتشال الرأس بالمشدخ . ويتألف المشدخ (شكل ١٥٠)



شكل ١٠٢ . اخراج الرأس بالمشداخ

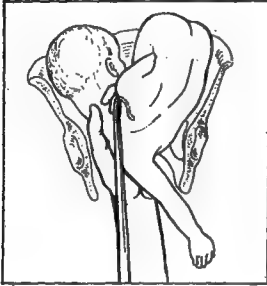


شكل ١٠١ . قلب الرأس بمشقب رمي الشكل

من فرعين ، يتكونان من ملاعق ، قسم القفل ، مقبض ولولب . ويتم ادخال الملاعقة العديدة المفتحة في تجويف الجمجمة وتوضع على عظام الوجه ، وتوضع الملاعقة ذات الفتحة على السطح الخارجى لقسم الوجه من الجمجمة (ويتم ادخالها كملعقة الملاقط) . ويتم بعد ادخال الملاعق اغلاق المشداخ وتثبيت الرأس الممسوك بمساعدة اللولب . ويجرى اخراج الرأس بالمشداخ عند الانفتاح التام للمزرد (شكل ١٠٢) . فاذا كان الانفتاح تاما وهناك دواع لانتهاء الولادة بسرعة ، يجرى القيام بعمل شفوق على العنق وبعد ذلك ينتشل الجنين .

الاقترصال (فصل الرأس)

يتم القيام بالاقترصال عند وجود وضع مستعرض مستعرض للجنين . الادوات : كلاب اقترصالي (شكل ١٥٣) ، مقص مقوس طويل غير حاد النهايات ، مناظير ، ملاحظ رصاصية لمعاينة العنق ، ادوات خياطة (في حالة وقوع تضرر العنق والمجان).



شكل ١٥٤ . قطع الرأس



شكل ١٥٣ . الكلاب الاقترصالي « بيريت »

ويتلخص فن العملية أساسا بما يلي : اذا سقطت اليد ، يتم تلييسها بحلقة ومناولتها المساعد ، الذي يجرها الى أسفل وباتجاه النهاية الحوضية للجنين . ويتم ادخال اليد في طرق الولادة ، والبحث عن رقبة الجنين واساطنتها بصورة دائرية ، فيردد الابهام من الأمام ، والسبابة والاصبع الاوسط من الخلف . ومن ثم يتم بواسطة اليد ادخال الكلاب الاقترصالي الذي يركب على رقبة الجنين (الزر الى الاسفل) (شكل ١٥٤) . ويجرى سحب مقبض الكلاب بقوة الى أسفل ويدور باتجاه الرأس . عند ذلك يتم كسر العمود الفقري ، الذي

يعلم عنه بالترقمة . ويرفع ، بعد كسر العمود الفقري ، الكلاب وتقص الأنسجة اللينة للرقبة بمقص طويل غير حاد النهايات تحت مراقبة اليد الموضوعية من الداخل . ويتنشل على أثر الاقتصال الجلد بالسحب من اليد . فإذا حدث ، عند اخراج الكتفين ، صعوبات ، يتم قص الترقوة . ويجرى اخراج الرأس باليد ، ولذلك تدخل في الفم اصبع اليد الموضوعية من الداخل .

إذا لم يتيسر اخراج الرأس باليد ، يتم ثقبه ، واختلاؤه من المخ وإخراجه بالمشداخ . وتتم بعد العملية معاينة العنق ، المهبل والمجان ، بصورة دقيقة .

قطع الترقوة

عملية قطع الترقوة عبارة عن قص عظم الترقوة لتقليل محيط الكتف . ويتم عند الضرورة قطع كلا عظمي الترقوة . ويمكن ان تنشأ ضرورة قطع عظم الترقوة بعد الاقتصال أو عند ولادة جنين عملاق .

وتجرى العملية تحت مراقبة اليد المولجة في طرق الولادة . فيثبت اصبعها اليد الموضوعية من الداخل في وسط عظم الترقوة ، وبراحة هذه اليد يتم ادخال مقص طويل غير حاد النهايات (في حالة مطبقة) ، ويقرب من عظم الترقوة ويتم قطعه . ويقل ، بعد قطع عظم واحد من عظمي الترقوة ، الحزام الكتفي بمقدار ٢,٥ - ٣ سم ، وبعد قطع العظم من الجهتين - بمقدار ٥ - ٦ سم .

إخراج أحشاء البطن الى الخارج

إخراج أحشاء البطن الى الخارج (نزع الاحشاء) ، هو شق جدار البطن أو القفص الصدري وإزالة الأعضاء الداخلية .

تتم هذه العملية عند الوضع العرضي المستعصى للجنين ، حينما يتعذر الوصول الى رقبته الجنين ويكون الاقتصال أمراً غير ممكن ، أو عند شل الجنين . ويتم القيام بالعملية عند افتتاح المزدب بصورة تامة . يقص جدار بطن الجنين بواسطة المقص وعن طريق الشق يتم إخراج الأعضاء الداخلية للجنين . وإذا كان الوصول الى القفص الصدري أسهل ، فيفتح الأخير ، ولذلك يقتضى قص الأضلاع . ويتم ، بعد إخراج الأعضاء الداخلية ، إخراج الجنين بصورة مطلوية . وإذا نشأت صعوبات ، يتم القيام بقطع العمود الفقري ؟

قطع العمود الفقري

هذه العملية عبارة عن شق العمود الفقري . يتم ، بعد ازالة الاعضاء الداخلية شق العمود الفقري بالمقص أو يتم كسره بالكلاب الاقتصالي . ومن ثم تقطع بالمقص ، الأنسجة اللينة بجدار البطن ويتم اخراج الجزء العلوى من الجذع (مع الرأس) والسفلى (مع الأرجل) بالتعاقب . وتجرى ، بعد العملية ، معاينة عنق الرحم ، المهبل والعجان بصورة دقيقة .

العناية بالمرضى بعد العمليات

تكون العمليات القبلية مصحوبة بادخال اليدين أو الادوات فى باطن الرحم ، والتي يمكن ان تحمل معها الميكروبات من المهبل . ونتيجة ذلك فان احتمال التلوث بعد العمليات القبلية يكون اكبر بكثير منه عند الولادة الطبيعية. وكثيرا ما تنشأ عند العمليات القبلية متاعف اضافية للعدوى على شكل اصابات للانسجة اللينة لطرق الولادة . وما يساعد على الاصابة بالامراض المعدية هو فقدان الدم ، الذى كثيرا ما ينشأ عند الولادات المرضية ، التى تنتهى بطريقة جراحية . وينبغى الأخذ بالحسبان ، عند تنظيم العناية ، المزاج السيء للنفساوات ، اللاتى فقدن أطفالهن (عمليات تفتيت الجنين ، خدوج عميق وغيره) .

ويتطلب للنفساوات اللاتى تعرضن للعملية الهدوء التام ، والنوم ما لا يقل عن ٨ - ١٠ ساعات فى اليوم . ويخصص عند الحاجة التريوكسازين أو البروميثات (لنساء غير المرضعات) . ومن الأفضل عزل النفساوات اللاتى مات أطفالهن عن النفساوات المرضعات. ومن الضرورى عند التنظيف ، والتئيب ، والحقن والتضميد ، التطهير الدقيق جدا . ويخصص الحمية والنظام وفقا لطبيعة العملية وخصائص المريضة اللاتية .

وينبغى فى فترة ما بعد العملية مراقبة الحرارة والتبض ، وتنسيق وظيفة الثديين (رضاعة صحيحة ، الحلب ، العناية بالثديين) والامعاء والمجارى البولية . وكثيرا ما تنشأ الحاجة الى اعطاء المقويات والمضادات الحيوية . وعند الخروج من دار التوليد تعطى النساء شهادة عن طبيعة اختلاطات الولادة والعملية التى اجريت لها للحصول على اجازة مدتها ٧٠ يوما . وتقوم القابلة بعد الخروج بزيارة الأم والطفل فى البيت بصورة منتظمة .

المحتويات

٥	الباب الاول . النمو الشاذ وأمراض الجنين الرسمى والانغشية والمشيمة
٦	تشوهات الجنين ، الحمل الجريز ، موت الجنين داخل الرحم
٩	مرض تحلل دم الجنين والمواليد
١٢	شلل الحبل السرى
١٤	داء أغشية بيضة الجنين
١٦	تمزق سابق لأوانه لأغشية الجنين
٢١	شلل نمو المشيمة
٢٢	رسوخ المشيمة
٢٤	الباب الثاني. الحمل والولادة عند المصابات بأمراض لا علاقة لها بوظيفة النمل
٢٤	الأمراض الانتانية الحادة والمزمنة
٢٨	أمراض أهم الاعضاء والأجهزة
٣٤	الحمل وأمراض الاعضاء التناسلية ومنها غير الصحيح
٤١	الباب الثالث . الاجهاض والولادة قبل الأوان
٤١	الاجهاض (الاسقاط)
٤٩	وسائل منع الحمل
٥٤	الولادة قبل الأوان
٥٥	الباب الرابع . الحمل خارج الرحم
٦١	الباب الخامس . البنية بالمشيمة . انفصال المشيمة المتوقعة بصورة طبيعية ، قبل الأوان
٦١	البنية بالمشيمة
٦٩	انفصال المشيمة المتوقعة بصورة طبيعية ، قبل الأوان

٧٣	الباب السادس . شلوز قوى الولادة . شلوز الانسجة الينة لطرق الولادة
٧٣	شلوز قوى الولادة (القوى الماردة)
٧٩	نشاط الولادة المفرط
٨٠	شلوز الانسجة الينة لطرق الولادة
٨٧	الباب السابع . الوضعيات المستعرة والمائلة الجنين . سقوط الاجزاء الصغيرة والحبل السرى
٨٢	الوضعيات المستعرة والمائلة الجنين
٨٧	سقوط الاجزاء الصغيرة والحبل السرى
٩١	الباب الثامن . الانحراف عن الآلية الطبيعية لولادة
٩١	الجيئات المعتلة للرأس
١٠١	التركيب الانترامل للرأس
١٠٢	الوضع العالي الطويل للرأس
١٠٥	الوضع المستعرج المنخفض للرأس
١٠٦	الباب التاسع . الحوض الضيق
١٠٨	تصنيف الاحواض الضيقة
١١٣	اكتشاف ضيق الحوض
١١٦	سير الحمل عند ضيق الحوض
١١٧	سير الولادة عند ضيق الحوض
١٢٠	آلية الولادة عند ضيق الحوض
١٢٣	التوليد عند الحوض الضيق
١٢٦	الباب العاشر . التنزيف التاموى فى دور التخلّص وفى الساعات الأولى من الولادة
١٢٦	التنزيف التاموى فى دور التخلّص
١٢٩	الفصل الثانى لمشيمة وأغراجها
١٣١	التنزيف التاموى فى الساعات الأولى من الولادة
١٣٧	مكالمة فقر الدم الحاد
١٣٨	التزف التاموى النفسى المتأخر
١٣٩	الباب الحادى عشر . أذى الولادة
١٣٩	تمزقات السجان ، الفرج والمهبل

١٤٤	الاورام الدموية للفرج والمهبل
١٤٤	تمزق عنق الرحم
١٤٦	تمزق الرحم
١٥١	نواسير التنفس
١٥٢	انقلاب الرحم النفلى
١٥٣	تفرق المظام الحانية

الباب الثاني عشر . أمراض التنفس

١٥٤	أسباب نشوء أمراض التنفس التسممية
١٥٦	تصنيف أمراض التنفس
١٥٨	الأمراض التي تنتسب الى المرحلة الأولى من انتشار العدوى التسممية
١٥٩	أمراض المرحلة الثانية من انتشار عدوى التسمم
١٦٤	أمراض المرحلة الثالثة من انتشار العدوى التنفسية
١٦٥	أمراض المرحلة الرابعة من انتشار العدوى التسممية (عدوى تسممية عميقة)
١٦٩	التهاب الكلى التنفسي
١٧٠	اختلاطات التنفس وأمراضه اللانباتية المنشأ

الباب الثالث عشر . عمليات القبالة

١٧٢	الدواعي والشروط
١٧٣	التحضير لعمليات القبالة
١٧٨	التخدير عند العمليات القبالية
١٧٩	العمليات القبالية
١٨٣	العمليات التي تنهى طرق الولادة
١٨٨	القلب القبالي
١٩٩	الملاقط القبالية
٢٠٥	العملية القيصرية
٢٠٧	عمليات تفتيت الجنين
٢١٣	المنابة بالمرضى بعد العمليات

Bibliotheca Alexandrina



0402598